

Promoção da parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Marisa Alexandra Calado de Campos Serra

Orientadora

Prof.^a Doutora Maria Regina Sardinheiro do Céu
Furtado Ferreira

2016, março

Pensamento

“Se a criança não receber a devida atenção, em geral, quando adulta, tem dificuldade de amar seus semelhantes.”

Dalai Lama

Agradecimentos

À minha Orientadora pelo contributo rumo a bom-porto;
Aos colegas que conheci em estágio e todos aqueles que marcaram esta reflexão!
Aos que me são queridos, porque me fizeram seguir em frente, nomeadamente,
pais e amigos.
E como os últimos são sempre os primeiros, um grande e especial agradecimento
para a minha família, motor da minha vida, esposo Marco e filhos: Afonso, Inês e
Leonor!

RESUMO

Na sequência do percurso efetuado no estágio em contexto hospitalar, assente no Modelo de Enfermagem de Parceria de Cuidados de Casey, emergiu da reflexão da prática clínica, uma problemática de investigação. Conhecer intervenções de enfermagem promotoras de uma parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil na idade pré-escolar.

A metodologia de investigação usada foi a revisão sistemática da literatura, com o formato da pergunta PI(C)O.

A evidência, apesar de muito limitada nesta área revela que a atuação de enfermagem se centra na educação para a parentalidade sobre o exercício da parentalidade; na interação pais-filhos positiva; e sobre o desenvolvimento infantil, através de programas para pais, que podem ser aplicados em contexto domiciliário e escolar.

Os resultados são positivos para pais e filhos, com benefícios significativos no desenvolvimento infantil, durante os primeiros cinco anos de vida da criança.

Palavras-chave: Enfermagem; relação entre pais-filhos; criança em idade pré-escolar; parentalidade; desenvolvimento infantil

ABSTRAT

As a result of the experience gained during the in-practice internship, and based on Casey's Partnership Model of Nursing Care, a research issue has emerged from the author's insight about the clinical practice: the identification of nursing interventions that promote parenting that enables child development at preschool age.

The research method used was systematic literature review, using the PI(C)O question format.

The evidence found, although very limited in this area, reveals that the nursing practice focuses on parenting education on parenting exercise; on positive parent-child interactions; and on child development through parenting programs which can be applied at home and at school context.

Outcomes are positive, both for parents and children, with significant benefits for child development during the first five years of life.

Keywords: Nursing; Parent - child relations; Child preschool; parenting; child development

LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

- AAP - *American Academy of Pediatrics*
- CE – Conselho da Europa
- CIE – Conselho Internacional de Enfermagem
- CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção Geral da Saúde
- Dr.^a - Doutora
- EBSCO - *Elton Bryson Stephens Company*
- ed. - edição
- et al.* – entre outros
- EESCJ – Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
- IBE^{ns} – Instrumentos Básicos de Enfermagem
- ICN - *International Council of Nurses*
- MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- MeSH - *Medical Subject Headings*
- n.^o - número
- NICHHD – *National Institute of Child Health and Human Development*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PBE – Prática Baseada na Evidência
- PDF – *Portable Document Format*
- PI(C)O – População, Intervenção, Comparação e *Outcomes*
- PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- pp. - página
- Prof.^a – Professora
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RCEEEESCJ – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
- RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
- RSL – Revisão Sistemática da Literatura
- s.d. – sem data
- UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
- UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*
- WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

f.

INTRODUÇÃO	10
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 – A FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: O LUGAR DA CRIANÇA	13
1.2 – O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR	14
1.3 – AS RELAÇÕES ENTRE PAIS-FILHOS	16
1.4 – O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O ESTADO DA ARTE	22
1.4.1 – Dificuldades no exercício da parentalidade	26
1.5 – CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM: O MODELO DE PARCERIA	29
2 – METODOLOGIA DE PESQUISA	33
2.1 – PROTOCOLO DA METODOLOGIA DE PESQUISA	33
2.2 – RESULTADOS SOBRE A PRÁTICA BASEADA NA EVIDENCIA	34
3 – REFLEXÃO SOBRE UM PERCURSO DA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM	38
3.1 – A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO	38
3.2 - O MODELO DE PARCERIA: NO MÉTODO DE TRABALHO E NA RELAÇÃO COM A CRIANÇA/FAMÍLIA	39
3.3 - CUIDADOS DA PRÁTICA CLÍNICA: PERCURSO NA EDUCAÇÃO PARA A PARENTALIDADE	40
3.3.1 – Serviço de Neonatologia	41
3.3.2 – Serviço de Pediatria	45
3.3.3 – Serviço de Urgência Pediátrica	49
4 – CONCLUSÕES GERAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE A – Formulação da pergunta PI(C)O	63
APÊNDICE B - Ordenação das palavras-chave	65
APÊNDICE C – Limitadores de pesquisa nas bases de dados	67
APÊNDICE D - Critérios de inclusão/exclusão dos artigos	69
APÊNDICE E - Pesquisa nas bases de dados de cada uma das palavras-chave individualmente	71
APÊNDICE F - Pesquisa nas bases de dados do cruzamento das palavras-chave	73
APÊNDICE G – Pesquisa nas bases de dados da conjugação das palavras-chave	75
APÊNDICE H - Artigos mediante o cruzamento das palavras-chave e os critérios de inclusão/exclusão	77
APÊNDICE I – Esquema do protocolo da metodologia de pesquisa.....	80
APÊNDICE J - Análise crítica dos artigos selecionados.....	82

APÊNDICE L – Projeto individual de estágio II: A parentalidade positiva e a promoção da vinculação.....	92
APÊNDICE M – Diapositivos das sessões de educação para a saúde para pais durante o período de estágio.....	125
APÊNDICE N – Pósteres elaborados durante o período de estágio.....	188
APÊNDICE O – Planos de sessões elaborados.....	192
APÊNDICE P – Avaliação das sessões realizadas.....	201
APÊNDICE Q – Estudo de caso elaborado e apresentado durante o período de estágio.....	210
Apêndice R – Manual de ensino elaborado com respectivos folhetos para o serviço de Pediatria.....	230
APÊNDICE S - Proposta de parametrização elaborada para o serviço de Pediatria.....	241
ANEXOS.....	247
ANEXO I – Escala de caracterização de estudos segundo o nível de evidência.....	248
ANEXO II – Declaração da enfermeira chefe sobre apresentação de um estudo de caso pela mestranda.....	250
ANEXO III – Print screen de intervenções de enfermagem sobre o foco parentalidade do serviço de pediatria.....	252
ANEXO IV – Questionário de avaliação de satisfação de sessão.....	254

ÍNDICE DE FIGURAS

f.

Figura 1 - Modelo de Enfermagem de Parceria de Cuidados.....31

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do CMESCJ, integrado na unidade curricular estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Durante o período de ensino clínico que decorreu em três unidades hospitalares, adquiriu competências pela vivência e reflexão crítica das experiências clínicas, tendo emergido na sequência deste, uma problemática construída pela pergunta de investigação com formato PI(C)O.

Este trabalho é um estudo de nível cinco de evidência científica (*Stillwell, et al., 2010*), pela metodologia de investigação de RSL, sobre a qual pretende maximizar as evidências nas bases de dados e evitar buscas desnecessárias (Santos, 2007), conhecer resultados que possam ser aplicados na prática, com base na prática baseada na evidência (PBE) para identificar práticas conducentes a um melhor “cuidar” (Vilelas, 2009).

A questão científica da mestranda centra-se em, conhecer estratégias de intervenção de enfermagem promotoras da relação entre pais e filhos, potenciadoras do desenvolvimento infantil em crianças em idade pré-escolar.

A escolha e a delimitação do estudo deve-se a três razões: primeiro, pela importância e valorização dos primeiros anos de vida da criança como fundamentais (Cruz, 2013). Segundo, porque o exercício da parentalidade pode acarretar problemas com impacto no desenvolvimento infantil que podem ser minimizados; como a ansiedade parental (Marques & Cepêda, 2009) e as dificuldades nas funções parentais, das quais a relação regulatória, constituindo-se fatores perturbadores nas crianças, ao nível das emoções e comportamento (Marques, Torrado, Natário & Proença, 2006). Terceiro, contribuir com um trabalho sobre a criança em idade pré-escolar, visto que existem mais estudos sobre o desenvolvimento das crianças em idade escolar (Mayers, 1992).

Com o exposto e de acordo com a opinião de Marques, Torrado, Natário & Proença (2006) a abordagem da primeira infância tem como centralidade cuidados aos pais, para que na idade escolar se consiga atuar o mais precocemente possível, em situações de alterações na criança.

Os dados da OMS estimam que uma em cada cinco crianças apresenta evidências de problema mental (WHO, 2008).

Por isso em Portugal, o PNSIJ (2013) da DGS contempla e apela aos profissionais de saúde o investimento sobre a prevenção, deteção precoce e encaminhamento de perturbações emocionais e do comportamento.

O exercício da parentalidade na sociedade contemporânea depara-se com novos desafios, não sendo apenas algo do domínio privado, passando também a ser algo do domínio da política pública, em estruturas e serviços para permitir aos progenitores aprender e praticar boas práticas parentais (Conselho da Europa, 2006). Essa posição é ainda demonstrada pela Convenção dos

Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada em Portugal a 21 de setembro de 1990 em que é defendido, que o desenvolvimento da criança deve ser efetuado pela ajuda aos pais, por serem estes os principais educadores, mas também com o apoio do estado (UNICEF, 2004).

Prestar cuidados de enfermagem à criança em idade pré-escolar engloba intervenções na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais inerentes à relação dos pais com os filhos, em todos os contextos onde está inserida a criança (RPQCEESCJ, 2011).

Cada família é única, com uma dinâmica própria que deve ser identificada para planejar intervenções individualizadas. Os domínios da intervenção são por isso de envolvimento, parceria de cuidados, capacitação e de negociação (RPQCEESCJ, 2011).

Cuidar com excelência exige uma prestação de cuidados refletidos sobre a prática clínica, promovendo o bem-estar do outro, sendo que especificamente na enfermagem de saúde da criança e do jovem, cuidar implica também a valorização da parentalidade (Mendes & Martins, 2012). Neste sentido, destaca duas funções previstas no RPQCEESCJ “A implementação de intervenções que contribuam para a promoção de competências parentais” e “o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade.” (RPQCEESCJ, 2011: 14, 15).

De acordo com o paradigma integrativo e holístico, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados das crianças e as suas experiências no cuidado aos filhos têm que ser obrigatoriamente tidas em conta, sendo que a comunicação deverá ser essencialmente de partilha de conhecimentos e de capacitação.

Pelo exposto em enfermagem da saúde da criança e do jovem, efetua-se:

(...) a promoção das competências da criança/jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos, a maximização e potencial de saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da auto-estima e auto-determinação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e das competências da família como um recurso para a intervenção. (RPQCEESCJ, 2011: 5).

Em qualquer contexto de cuidados, incluindo o hospitalar existe o reconhecimento e defesa de que a criança e pais são parte ativa do processo de enfermagem, coadunando-se com o modelo *Casey e Mobbs* (1988, como citado por Mendes & Martins, 2012). Prestar cuidados de enfermagem é manter, melhorar ou recuperar a saúde através de um modelo concetual de cuidados em parceria com a família (OE, 2010).

As recomendações do Conselho de Enfermagem (2001) sobre uma prestação de cuidados de qualidade devem refletir os seis enunciados descritivos: a satisfação da criança, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem.

Para abordar a temática referida, este trabalho estrutura-se em três partes: o primeiro capítulo, onde é desenvolvido o enquadramento teórico e a perspetiva de enfermagem à luz do Modelo Teórico de Anne Casey. O segundo capítulo refere a metodologia de pesquisa e respetivos

resultados. O terceiro e último capítulo é relativo à análise reflexiva das atividades realizadas em contexto clínico de acordo com os objetivos da unidade curricular: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem e cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Por fim são apresentadas as conclusões relevantes.

Para tal, estabelece os seguintes objetivos:

- ✓ Mobilizar a metodologia revisão sistemática da literatura como forma de aprofundar conhecimentos sobre a PBE;
- ✓ Conhecer as intervenções de enfermagem que capacitam e promovem as relações entre pais e crianças na idade pré-escolar, com base na PBE;
- ✓ Aprofundar conhecimentos para uma prática de enfermagem centrada na relação entre pais e crianças na idade pré-escolar, à luz do Modelo Teórico de Parceria de Cuidados;
- ✓ Refletir de forma crítica e fundamentada sobre a prestação de Cuidados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem realizada em contexto clínico;
- ✓ Divulgar intervenções realizadas em contexto clínico e resultados das suas ações;
- ✓ Refletir sobre as conclusões e expectativas decorrentes do ensino clínico.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O tema de interesse da mestranda está centrado nas relações entre pais e filhos, para um desenvolvimento infantil pleno, tendo daí surgido a necessidade em conhecer o estado da arte da enfermagem, ao nível das intervenções promotoras de um efetivo cuidar na parentalidade. Está ciente de que, em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o cuidar da criança é feito em parceria com os pais, valorizando o exercício da parentalidade, centrando os cuidados no ensino, educação para a saúde e capacitação dos pais, especialmente se existir uma situação de doença (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri & Erdmann, 2015; Mello, Ferreira, Lima & Mello, 2014; Murakami & Campos, 2011). Contudo, estudos mostram que ainda há um longo caminho a percorrer ao nível da parceria de cuidados, uma vez que, os enfermeiros conceptualizam o cuidar centrado na parceria com os pais, mas têm dificuldade de concretizar intervenções que reflitam esse cuidar (Mendes & Martins, 2012). Por tudo isto, a curiosidade da mestranda está em querer, com base na PBE, conhecer quais as intervenções para pais, promotoras das relações com crianças em idade pré-escolar saudáveis, através de uma revisão da literatura.

Neste capítulo, existem cinco subcapítulos, para abordar o papel da criança na família; o desenvolvimento infantil na idade pré-escolar; as relações entre pais e filhos; o estado da arte no exercício da parentalidade e em que está incluído um item sobre algumas dificuldades nesse mesmo exercício. Por último é abordado o modelo de enfermagem consonante com um cuidar de enfermagem em parceria.

1.1 – A FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: O LUGAR DA CRIANÇA

Quando a criança nasce recebe como herança, a história da sua família, um lugar na própria família, onde são transmitidas todas as referências identificatórias determinantes para o seu desenvolvimento (Cepêda, Brito & Heitor, 2006).

A família constitui-se num pilar básico como primeiro contexto de socialização da criança (Cruz, 2013), primordialmente através das relações recíprocas com os pais (Bell, 1968, como citado por Fitzgerald, Strommen & McKinney, 1986).

Acrescenta-se à família contemporânea que, a transmissão de afeto é um compromisso e um dever da família (Singly, 2011). A sua função universal é de, ser um “espaço” no qual a criança pode através da criação de laços afetivos e de confiança revelar a sua identidade.

O casal, para além da transmissão de afeto, deve através da relação conjugal ser uma estrutura para desenvolver a construção do “eu” do filho, transmitir segurança e atenção, apesar dos próprios recursos da criança, para descobrir o seu “eu” (Singly, 2000).

No atual paradigma emergente, o significado real da criança necessitar dos seus pais, alterou-se para, a criança precisa de pais “verdadeiros”, capazes de transmitir pontos de “referência estáveis”, para que consiga ser “criança” no seio familiar (*Lefaucheur*, 1993; *Sayn*, 1993; *Botta*, 1993 & *Berger*, 1993, como citado por *Singly*, 2000).

A família «moderna» tem como principal preocupação a própria família, centra a sua atenção na criança, na saúde e na educação (*Ariès*, como citado por *Zanetti* e *Gomes*, 2011).

Para a UNICEF a criança é definida como (...) todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (UNICEF, 2004, art. 1, 1990: 6), precisa de ao longo desse tempo, de cuidados parentais, respeitadores e atentos da sua individualidade, capazes de utilizar recursos existentes na própria família e na comunidade (*Cruz*, 2013).

“Ser criança” na sociedade contemporânea passa pelo reconhecimento de direitos que lhe são próprios, numa visão holística das seguintes dimensões: ética, científica, cultural, social e jurídica. Esta visão de respeito sobre a criança como sujeito de direitos deve ser divulgada aos pais no sentido do exercício de uma parentalidade positiva (*Leandro*, 2015).

O primeiro passo para fazer valer os direitos das crianças foi dado em 1924 através da Declaração de Genebra. Em 20 de novembro de 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclama a Declaração Universal dos Direitos da Criança, sendo que também no dia 20 de novembro, mas 1989 é aprovado por unanimidade a Convenção sobre os Direitos das Crianças (CDC) tendo Portugal ratificado a mesma, no dia 21 de setembro de 1990. É de realçar que os pilares fundamentais sobre os direitos da criança são: a não-discriminação, o interesse superior da criança, a sobrevivência, o seu desenvolvimento e também a consideração da opinião da criança (UNICEF, 2004).

Da referida convenção destaca com foco nas questões da parentalidade e no melhor desenvolvimento da criança: o 18º artigo sobre o reconhecimento dos pais como tendo a responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança, com a preocupação fundamental no superior interesse da criança; o 24º artigo sobre o direito à saúde e serviços de médicos sobre os quais os pais devem ter acesso a conhecimentos básicos de cuidados à criança. Para além disto, deve assegurar-se aos pais o acesso ao conhecimento de cuidados preventivos de saúde através de conselhos aos próprios pais; cabendo, no entanto aos mesmos, a principal responsabilidade de assegurar um nível de vida adequado, dentro das suas possibilidades económicas e as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança.

1.2 – O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

De acordo com as autoras *Papalia, Olds & Feldman* (2009) e a OE (2011) a infância é o período de vida que se estende até aos 11 anos de idade. Relativamente à idade pré-escolar, estabelece-se desde o nascimento até aos seis anos de idade (UNESCO, 2007). Contudo *Papalia*,

Olds & Feldman (2009) subdividem a fase pré-escolar em primeira infância, do nascimento aos três anos e em segunda infância, dos três aos seis anos.

É neste período pré-escolar que a criança, desenvolve e descobre o seu “universo” pessoal e social através de um “sistema de feedback recíproco”, entre a relação da criança com os pais, nele, os pais são como que um pilar decisivo pela interação diária que desenvolvem (*Brazelton, 1988*).

As conclusões reforçadas por vários investigadores do desenvolvimento da infância revelam que todos os estímulos em redor da criança são também, extremamente influenciadores na capacidade de autoconsciência e na mudança do estado de dependência para um estado de autonomia.

A construção da criança enquanto ser social, emocional e até da sua própria personalidade ao longo dos primeiros anos de vida decorre pela influencia do meio, funcionando como que uma base de estruturação da infância, adolescência, juventude e vida adulta (*Vasconcellos, s.d.*).

Acompanhar o desenvolvimento infantil segue orientações específicas da DGS, incluindo um plano próprio, o PNSIJ de 2013. Ao nível de enfermagem, a OE acrescenta orientações, normas e recomendações específicas. Neste contexto, o desenvolvimento infantil é um foco de enfermagem, referindo-se especificamente ao desenvolvimento psicomotor, definido como um “Processo de desenvolvimento da criança: processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos.” (CIPE, 2013: 116).

De acordo com o PNSIJ (2013) o desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo através de estádios, com uma ordem constante de aparecimento das diferentes funções, com surgimento variável dependente da individualidade de cada criança.

Para *Myers* (1992: 31) “O desenvolvimento infantil consiste num processo de mudanças através do qual a criança aprende a dominar níveis progressivamente mais complexos de ações, pensamentos, emoções e interações com os outros.”

O mesmo autor refere que, o desenvolvimento infantil tem um padrão comum, mas depende da individualidade de cada criança, num processo contínuo ao longo de todo o ciclo de vida, integral e multidimensional (dimensões: psicomotora, cognitiva, emocional e social) e acontece à medida que a criança reage aos estímulos do seu meio e aprende através desta interação.

Neste contexto, cada criança é única, um ser holístico nas suas várias dimensões: física, emocional, social e cognitivo (UNESCO, 2005), sendo que cada uma, tem um tempo de aprendizagem e aquisições próprias.

A criança aprende pelas interações sociais, adquire habilidades cognitivas pela experimentação do seu modo de vida, aprende a dirigir e a organizar a aprendizagem, de forma a atravessar a zona de desenvolvimento proximal (ZDP) através dos seus pais, isto é, uma lacuna entre o que a criança já consegue fazer sozinha e o que precisa de ajuda para concretizar (*Vigotsky, s.d.; Papalia, Olds & Feldman, 2009*).

As influências sociais e culturais atuam na criança como uma “força” reguladora no desenvolvimento emocional e contribuem para um sentimento de confiança para atingir autonomia

(Piaget, *s.d.*; *Fitzgerald, Strommen & McKinney*, 1986). Erikson reforça que as influências do meio, social e práticas parentais têm impacto ao nível do desenvolvimento intelectual da criança (*Erikson, s.d.*; *Fitzgerald, Strommen & McKinney*, 1986).

Os pais são, por isso, mediadores da aprendizagem dos filhos e conseqüentemente potenciadores do desenvolvimento infantil pela qualidade de interações que desenvolvem (Perales, 2003; *McWilliam & Dunst*, 1988 como citado por Aguiar, 2009).

De acordo com as conclusões de *Perales* (2003, como citado por Aguiar, 2009) o envolvimento da mãe começa logo desde que a criança nasce, de forma a garantir qualidade nas interações com os filhos.

O envolvimento dos pais é imprescindível na formação do vínculo social, especialmente nos períodos críticos de desenvolvimento por serem estes que permitem a permanência e consolidação de aquisições, tendo estas uma maior plasticidade nos domínios de desenvolvimento cognitivo e psicossocial (*Papalia, Olds & Feldman*, 2009).

A criança, através da interação com os pais, consegue adquirir vários níveis de interatividade com o ambiente, comportamentos saudáveis e até a aquisição de aptidões para “funcionar” de forma positiva, com interesse na descoberta e exploração do meio em seu redor (Scott, *et al.*, 1974, como citado por *Fitzgerald, Strommen & McKinney*, 1986).

Na interação social, a criança entre os dois e cinco anos começa a desenvolver um verdadeiro intercâmbio, controlo efetivo do meio circundante e também o desenvolvimento da capacidade de conseguir ser autónoma entre pares (*Fitzgerald, Strommen & McKinney*, 1986). Entre os cinco e os oito anos são mais capazes e competentes, tanto ao nível pessoal, como social, quando os pais atuam como “educadores de emoções”, isto é, desenvolvem interações ricas em atividades estimulantes, lúdicas e com afeto (Cruz, 2013).

Aguiar (2009) acrescenta que os investigadores do desenvolvimento humano afirmam que, quando as mães possuem melhores conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil estão mais conscientes da importância dos primeiros anos de vida, adquirem atitudes e ações que privilegiam momentos de qualidade de interação/estimulação com os seus bebés.

Tal como defende Albuquerque, Coimbra, Grilo & Camarinho (2009) nos diversos contextos da prática clínica, o enfermeiro EESCJ encontra-se em posição privilegiada para ajudar os pais a interagirem com o seu filho, detém competências para avaliar as competências do recém-nascido, o crescimento e o desenvolvimento da criança, de forma a promover o comportamento interativo (CEEEESCJ, DR, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011).

1.3 – AS RELAÇÕES ENTRE PAIS-FILHOS

Os primeiros estudos relacionados com a ausência de interação entre pais e filhos e as conseqüências no desenvolvimento das crianças datam da década de 40, pela investigação de *Spitz* sobre o comportamento de crianças internadas separadas dos seus pais. Revelam o quanto é

importante a vinculação como geradora de comportamentos interativos na criança (*Spitz, 1946, 1964 & Freud, 1936*, como citado por *Brazelton & Cramer, 2001*).

Só na segunda metade do século XX é que surge investigação sobre a temática da relação entre pais e filhos. O primeiro investigador a usar o termo “interação” foi *Bowlby* em 1958 numa comunicação sobre “a natureza do vínculo da criança à mãe”.

Ao nível da natureza crucial da relação materna com o filho, no desenvolvimento infantil, a investigação provem dos contributos de *Winnicott* pela defesa de que o bebé depende de uma relação muito precoce de interdependência da sua mãe. A relevância dos seus estudos, conduziram os especialistas do desenvolvimento a designar a dinâmica da interação entre pais e filhos por “relação” (*Brazelton & Cramer, 2001*).

Logo nos primeiros momentos de vida do bebé, é decisivo a capacidade da mãe em responder aos sinais que o bebé vai transmitindo (*Winnicott, 1987*, como citado por *Brazelton & Cramer, 2001*).

Segundo *Brazelton & Cramer (2001)* os pais potenciam a vinculação quando interagem com os filhos de acordo com os estádios de consciência do bebé, permitindo-o adquirir sensação de segurança pela regulação da sua relação com os estímulos externos, é no estágio de alerta e calmo que ocorre uma comunicação mais intensa para ambos.

Por isso, toda a dinâmica entre o envolvimento do bebé com os pais é bidirecional (*Brazelton & Cramer, 2001*) influenciada pelo comportamento parental (*Cruz, 2013; Aguiar, 2009*), com especial destaque para o envolvimento materno em todo o seu perfil multidimensional, visível também através do próprio envolvimento do bebé (*Aguiar, 2009*).

A formação do vínculo afetivo entre o bebé, a mãe e o pai, constitui para o bebé a base do seu desenvolvimento psíquico futuro (*Cêpeda, Brito & Heitor, 2006; Cruz, 2013*) com um impacto decisivo desde o nascimento até aos primeiros quatro meses de vida (*Brazelton & Cramer, 2001*), mas é, ao longo dos primeiros três anos de vida que a criança constrói os alicerces de toda a sua existência (*Cruz, 2013*).

“A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança e a vinculação segura, são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões para toda a sua vida quer nos domínios intelectual, emocional, social e moral” (*Cêpeda, Brito & Heitor, 2006: 4*).

As progressivas alterações na ligação/ dependência e o desprendimento/ independência na relação recíproca, dinâmica e compensatória com os pais (*Cêpeda, Brito & Heitor, 2006*) contribuem através da vinculação, para uma construção da confiança “básica” da criança no mundo, consequentemente a criança ao conquistar progressivamente a sua autonomia (*Sá, 2013*) consegue na idade escolar, enfrentar com eficiência o meio ambiente (*Fitzgerald, Strommen & Mackinney, 1986; NICHD, 2006*).

Vários investigadores do desenvolvimento designam, à melhor interação dos pais para com os filhos por “**contingente responsiva**” (*Landry, et al., 2001*). De acordo com o dicionário Priberam, “contingente”, é o que compete a cada um, o ato de “contingentar” é a capacidade de impor limites. “Responsiva” oriunda do latim *responsivus*, envolve uma resposta (*S.A, P. I., s.d.*). Para *Van Den*

Boom (1997, como citado por Aguiar, 2009) a relação “contingente” é aquela que consegue de forma consistente e pronta, responder às necessidades e desejos dos filhos, mostrar disponibilidade e capacidade para comunicar de forma adequada com a criança, desde que esta nasce (Brazelton & Cramer, 2001) dando atenção à “atenção do bebê” (Brazelton, 1988). Aguiar acrescenta que para a relação ser “contingente” deve existir **disponibilidade** e **sensibilidade materna** para conseguir perceber as reais necessidades da criança (Aguiar, 2009).

Para Brazelton & Cramer (2001), a relação “contingente responsiva” tem as seguintes características:

Sincronia: adotar uma resposta mútua e adequada aos filhos, que leva ao aumento da confiança;

Simetria: capacidade de dar atenção e estimulação de acordo com as preferências da criança;

Adesão: capacidade de antecipar respostas conseguida através da sincronia;

Jogos: realizar de atividades construídas através da adesão;

Os referidos autores acrescentam que o melhor cuidar da criança é atingido quando os pais conseguem uma constante “regeneração recíproca” na relação com os filhos (Tronick *et al.*, 1977; Brazelton, 1979; Dixon, *et al.*, 1981, como citado por Brazelton & Cramer, 2001), como que num equilíbrio entre a individualidade do bebê e a sua própria capacidade para cuidar dele.

Os pais “contingentes responsivos” conseguem entender **os sinais da criança** (Landry, *et al.*, 2001; Blehar; Waters & Wall, 1978, como citado por Aguiar, 2009) e contribuirão através de flexibilidade na relação, para uma progressiva **autonomia** da criança nas situações que vivencia (Brazelton & Cramer, 2001).

Os pais ao conseguirem compreender e antecipar as reações da criança, descobrindo os seus pontos fortes e as suas fragilidades, o seu temperamento e o seu tipo de sensibilidade aos estímulos, atingem uma sincronia, que de acordo com alguns autores alcança-se pelo respeito dos limites da própria criança (Brazelton & Yogman, 1986, como citado por Brazelton & Cramer, 2001).

Maccoby & Martin (1983, como citado por Aguiar, 2009) afirmam que as dimensões angulares da relação entre pais e filhos são o **afeto e o controlo**, assentes em quatro constructos relacionais e comportamentais dos pais: a sensibilidade, a responsividade, a diretividade e a intrusividade.

Teixeira (2006) reforça que as crianças quando recebem estímulos afetivos e sensoriais, com limites, consegue um desenvolvimento harmonioso, desenvolver a confiança e maiores capacidades para interagir e em resolver conflitos com outros.

Contudo, importa referir ainda que os afetos maternos manifestam-se através de estilos distintos (Crawley & Spiker, 1983, como citado por Aguiar, 2009), sendo que aqueles que proporcionam melhor interação, combinam um estilo com elevada responsividade e moderada diretividade, no sentido de manter o envolvimento da criança (Mahoney & Wheeden, 1999, como citado por Aguiar, 2009) na participação em atividades cada vez mais complexas, numa base regular, ao longo de tempo alargado, potenciando o bem-estar e o desenvolvimento da mesma (Bronfenbrenner, 2001 como citado por Aguiar, 2009).

Cêpedo, Brito & Heitor (2006) descrevem as características que são observáveis numa **relação segura entre pais e filhos na idade pré-escolar**: nos primeiros dois meses de vida os cuidados calorosos, sensíveis, fiáveis e seguros da mãe vão desencadear o desenvolvimento da relação vinculativa. Aos quatro meses o bebé mostra preferência pela mãe e tende a interagir de forma diferente em relação a estranhos. Aos sete meses o bebé desenvolve expectativas, designadas por “modelos operativos internos”, relacionadas com as experiências positivas e repetidas que o bebé vivencia com a mãe/pai. Aos 12 meses o bebé mostra uma clara preferência pelos pais, quando estes agem como “modelos de vinculação”. Aos 18 meses, quando a figura de vinculação proporciona uma “base estável”, o bebé aventura-se para explorar o mundo. Até aos quatro anos a relação segura com os pais permite uma progressiva tolerância à separação. A criança encontra-se numa progressiva regulação do equilíbrio entre a necessidade de autonomia/autocontrolo/exploração, pela cooperação, sempre com a necessidade de afeto/amor/proteção.

As mães quando conseguem agir com calma e mostrar afeto interagem produzindo resultados ao nível de alta competência e baixa irritabilidade na criança (Clarke-Stewart, 1973, como citado por Fitzgerald, Strommen & McKinney, 1986). Como fator preditor de vinculação e **responsividade**, os estudos revelam que as crianças entre os 15 e os 54 meses possuem maior competência social (NICHD, 2006).

Hinde (s. d., como citado por Brazelton & Cramer, 2001) chama a atenção de que a **qualidade das relações** pode até ser mais importante que a própria relação em si. O autor relaciona a capacidade comunicadora da mãe como uma dimensão importante na intensificação da qualidade de relação com o filho, manifestada através da expressão facial, o tom de voz e a forma de brincar.

A qualidade na relação atinge-se quando os pais são observadores do comportamento dos seus filhos, agem mediante os interesses dos mesmos e proporcionam um meio “natural” apropriado à natureza da criança para que se possa desenvolver em pleno (Corman, 1963, como citado por Singly, 2000). Pais encorajadores induzem um comportamento na criança para explorar o meio em redor, têm filhos com maior facilidade de aquisição linguística e na expressão de orgulho de si próprios (White & Watts, 1973, como citado por Wachs & Gruen, 1982).

Na opinião de Damásio (2005) as emoções dos pais são vitais na relação com os seus filhos, o equilíbrio das mesmas permite conseguir tomar decisões parentais ajustadas. Quando os afetos são negativos e persistentes, os mesmos são extremamente prejudiciais no desenvolvimento infantil (Cruz, 2013).

As expectativas erróneas dos pais, que não reconhecem e identificam a individualidade dos filhos podem conduzir a problemas na relação, existindo a necessidade de intervenção interdisciplinar (Emde & Sameroff, 1989; Brazelton & Cramer, 2001).

Na saúde, o papel do profissional é considerar, tal como defendeu Brazelton & Cramer (2001) que a relação da criança com os pais deve ser encarada, primeiro, como uma unidade e segundo, a abordagem a esta unidade, deve ser transdisciplinar (Brazelton & Cramer, 2001).

Aguiar (2009) defende que há que ter em conta diversos fatores e influências na interação dos pais com a criança, nomeadamente as próprias características da criança, as características da

mãe e também fatores externos à díade pais-filhos. Outros autores referenciam fatores a ter em conta, dos quais agrupam-se como: **fatores intrínsecos aos filhos** como: o sexo, idade, posição na fratria e temperamento. Segundo (Cêpeda, Brito & Heitor, 2006) as características do temperamento do bebé são: nível de atividade, ritmo, reação à aproximação, capacidade de adaptação, limiar da resposta aos estímulos, intensidade das reações, humor predominante, tempo de atenção e “consolabilidade”; **fatores intrínsecos aos pais**: personalidade, nível de formação, cognição e antecedentes relacionais familiares (Grusec, et al., 1994, como citado por Cruz, 2013; Brazelton & Cramer, 2001). A sensibilidade dos pais em responder às necessidades específicas do bebé e a adequação das suas respostas (Cêpeda, Brito & Heitor, 2006); **fatores familiares**: o funcionamento familiar e a relação entre os pais (Cêpeda, Brito & Heitor, 2006); a relação do casal (Carwyn & Bradley, 1996; Durrett, Richards, Otaki, Pennebaker & Nyquist, 1986; Belsky & Fearon, 2004 como citado por Aguiar, 2009); o estado civil (Shannon, Cabrera & Lamb, 2004, como citado por Aguiar, 2009); o rendimento económico familiar (Brooks-Gunn, Yeung & Linver, 2002, como citado por Aguiar, 2009); a constelação familiar, isto é, o número de filhos e o intervalo entre eles. Os estudos não são conclusivos sobre a constelação familiar, depende essencialmente da ideia que os pais constroem do tipo de família e também do *background* cultural dos próprios pais (Palacios, 1990, como citado por Cruz, 2013), e do que valorizam da própria interação com os filhos. Para Brazelton (1988) a constelação familiar que permite mais tempo e segurança no processo de vinculação é o espaçamento de um intervalo de pelo menos um ano entre os filhos; **fatores extrínsecos à relação (pais-filhos)**: fatores socioculturais (Cêpeda, Brito & Heitor, 2006); o contexto social/ comunidade em que está inserida a família (Cruz, 2013); o contexto da interação da família proximal e distal (Bronfenbrenner, 1989 como citado por Aguiar, 2009); a própria comunidade e a cultura vigente (Corwyn, 2005 como citado por Aguiar, 2009); as relações de vizinhança (Collins et al., 2000 como citado por Aguiar, 2009); o modo de vida das mães e o desempenho profissional (Hoffman, 1974 como citado por Fitzgerald, Strommen & McKinney, 1986).

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, deve ter em conta a multiplicidade destes fatores como influências na interação dos pais com a criança (Aguiar, 2009), como forma de individualizar os cuidados e eventualmente, a necessidade de referenciar situações para uma equipa diferenciada (Marques & Cepêda, 2009). É de realçar, que na prática baseada na evidência, o enfermeiro EESCJ detêm conhecimentos sobre as competências interativas da díade e respetivas necessidades afetivas/ emocionais, mas a sua ação da intervenção, privilegia mais estratégias promotoras do comportamento/ desempenho da mãe sobre as necessidades fisiológicas da criança (Albuquerque, Coimbra, Grilo & Camarinho, 2009).

Uma prática de enfermagem de saúde da criança e do jovem de qualidade dá, enfoque, à dinâmica de interação dos pais com os filhos, pelo que destaca o modelo de Brazelton do desenvolvimento humano designado por *Touchpoints* de Brazelton, pela sua aplicabilidade a crianças até aos seis anos de idade (Standler, Novak & Beauchesne, 2013). Os *Touchpoints* caracterizam-se por serem pontos de viragem, isto é, fases previsíveis, que ocorrem ao nível das dimensões do neuro-desenvolvimento infantil e conseqüentemente no comportamento da criança, antes de um surto de crescimento rápido (Brazelton, 1999). O modelo de Brazelton possui como

pressupostos, a percepção de que os pais são os melhores peritos para os seus filhos; a parentalidade é um processo de tentativa e erro; todos os pais têm forças e sentimentos ambivalentes e pretendem o melhor; os pais são capazes de relatar aspetos sobre cada etapa do desenvolvimento dos filhos (*Brazelton, 1999*). Este modelo foca-se na interação do bebé/criança e família, visa uma abordagem a dois níveis, permitir aos profissionais de saúde criar uma aliança com os pais e assim potenciar a competência parental ao nível dos conhecimentos das competências e capacidades da criança contribuindo simultaneamente na construção da relação pais e filhos (*Brazelton & Sparrow, 2003*).

O profissional deve considerar e respeitar os fatores que influenciam a criança e a família enquanto sistema, os valores culturais, éticos e religiosos, para atuar de forma imparcial e humilde perante as diferenças entre o próprio profissional e a família (pais e filhos); a prática de enfermagem baseada na evidência revela que a aplicabilidade do modelo de *Brazelton* permite alcançar qualidade de cuidados de enfermagem à criança, com especial relevo na promoção da saúde; a sua aplicação é produzida em maior escala por enfermeiros em cuidados de saúde primários nos diferentes contextos em que a criança está inserida (*Stadler, Brandt, Novak & Beauchesne, 2013*).

As boas Práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros recomenda uma intervenção consonante com os pressupostos do Modelo de *Touchpoints*.

Para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização (...) para tal, ao longo desta avaliação, o enfermeiro deverá ter a capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir a importância devido aos seus conhecimentos e experiência (OE, 2010: 72).

As atitudes dos pais ajustadas, bem como a sensibilidade materna (Aguiar, 2009) são fatores cruciais para potenciar o desenvolvimento infantil (NICHD, 2006) e consequentemente da saúde da criança, por facilitar um estado de bem-estar físico e psicológico, incluindo a satisfação, desempenhos e auto - realização para agir positivamente às exigências do meio envolvente (*Antonovsky, 1996*).

O acompanhamento do desenvolvimento da criança impõe por isso, uma abordagem e vigilância multidisciplinar, das quais é responsabilidade do enfermeiro EESCJ dotar-se de uma relação terapêutica potenciadora da parentalidade pelo *empowerment* aos pais (Ottawa, 1986) quer através do apoio individual, quer em grupo de pais (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). Desde o nascimento do primeiro filho os pais esperam da parte do enfermeiro atenção, acompanhamento e orientação (Silva & Carneiro, 2014).

1.4 – O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O ESTADO DA ARTE

Segundo o Dicionário Enciclopédico da Psicologia (2008), parentalidade é exercer uma conduta variada e diversificada, desde o fornecimento de alimento, calor, proteção e transmissão de informações aos filhos.

As responsabilidades parentais pressupõem um cuidar centrado na criança enquanto ser holístico. De acordo com o Conselho da Europa (CE) (2006) a parentalidade é, providenciar cuidados básicos, garantir a segurança, estabelecer um ambiente familiar estável e estimulante, responder às necessidades emocionais da criança e também o estabelecimento de limites na sua orientação.

Cruz (2012) defende que os pais para além das funções de satisfação das necessidades mais básicas devem proporcionar à criança um mundo físico organizado e previsível, responder às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança e as necessidades de interação social da criança e incluindo a integração na comunidade.

A evidência científica mostra que o exercício de uma parentalidade positiva é a melhor forma de “estar” e “ser” com a criança, nela, os pais, são um modelo de comportamento coerente e positivo (NICHHD, 2006) pela capacidade de serem calorosos e protetores, dispensarem tempo de qualidade com os filhos, explicarem regras, tentarem compreender as experiências de vida e comportamentos, elogiarem e reagirem ao mau comportamento com uma explicação e, se necessário, com um castigo não-violento em alternativa a um castigo ou punição severa (CE, 2006). Contudo, a parentalidade positiva pressupõe educar estabelecendo limites para que as crianças desenvolvam o máximo do seu potencial (Teixeira, 2006; CE, 2006).

Para Lopes (2012) ser pai e mãe é adotar comportamentos e atitudes que valorizem as experiências agradáveis, os talentos, os interesses e os pontos fortes da criança, ter tempo de qualidade com as crianças no seio da família, dar atenção à criança, desenvolver atividades lúdicas e atividades estimulantes de acordo com a individualidade da própria criança.

Para *Webster-Stratton* (2013) a parentalidade é algo universal, independentemente da região ou cultura, todos os pais querem que os filhos sejam felizes e tenham sucesso nas suas vidas e na comunidade em que vivem.

Contudo, o exercício da parentalidade adquire outra forma de se expressar (*Dulac*, 1993; *Lachance & Queniart*, 1994, como citado por *Singly*, 2000) valoriza a autenticidade das relações familiares em detrimento dos papéis de cada um, os pais estão mais próximos dos filhos (*Singly*, 1995 in *Singly*, 2000). A família, perante a valorização relacional dos seus membros, precisa de encontrar novas formas de funcionamento perante a realidade atual, sentimento expresso quer por pais e mães que se sentem co-responsáveis pelo desenvolvimento da criança (*Singly*, 2000).

O CE (2006) enquanto organização internacional emitiu instrumentos jurídicos relativos aos direitos das crianças e o significado da parentalidade positiva. O CE aconselha considerar as

necessidades e recursos dos progenitores, a capacidade de cuidar, capacitar, guiar de forma positiva as crianças como indivíduos plenos de direitos.

Sobre as recomendações para os estados membros existem medidas sobre políticas de família, das quais se destacam: existir serviços de cuidados de alta qualidade para todas as crianças com informação disponível, aconselhamento, formação parental e troca de experiências em programas para pais durante os estágios de desenvolvimento infantil. Ressalva-se as recomendações no sentido de aumentar a sensibilização para a parentalidade positiva junto dos progenitores, incentivando os que assumam a sua responsabilidade para cuidar e criar os seus filhos (CE, 2006).

Portanto depreende-se que:

A parentalidade positiva é um comportamento parental, baseado no melhor interesse da criança, que tem de ser compreendido pelos pais e apoiada pelos profissionais (...) este apoio deve ser centrado em fatores protetores e ter por base as necessidades e potencialidades dos pais (...) (Lopes, 2012:XIII, 13).

As recomendações com base na PBE refletem que as preocupações com o crescimento e desenvolvimento da criança devem começar antes do nascimento, com uma gravidez saudável e continuarem após o nascimento, no sentido em que os pais consigam proporcionar um ambiente seguro e caloroso. Em suma, a parentalidade pressupõe que os pais consigam adquirir competências ao longo do desenvolvimento da infância (AAP, 2009).

Desta forma e perante as indicações do CE (2006), o exercício da parentalidade é um foco de atenção na prática da enfermagem, que de acordo com a CIPE do ICN define a parentalidade como a ação de:

Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, familiares, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (CIPE, versão 2013: 89).

Os cuidados de enfermagem têm como fim a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e procura (CE, 2001), especificamente os cuidados de enfermagem em saúde da criança e do jovem, focalizam a intervenção na interdependência da criança com o seu ambiente familiar (RPQCEESCJ, 2011). Cabe por isso, avaliar o desenvolvimento da parentalidade e o exercício do papel parental. Na linguagem qualificada de enfermagem, o papel parental é definido como: “papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente.” (CIPE, 2013: 89).

O papel de apoio para os enfermeiros é exigente, necessita de uma abordagem positiva com base nas potencialidades dos pais/família, fundamental nos primeiros três anos de vida (Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

O PNSIJ (2013) da DGS recomenda que os profissionais proporcionem aos pais/cuidadores a oportunidade de expressarem as suas dúvidas e suspeitas sobre o desenvolvimento infantil e que avaliem a relação emocional estabelecida entre a criança e os pais. São aspetos prioritários a deteção de necessidades especiais para o apoio às crianças através da capacitação dos pais e/ ou outros adultos de referência. O aumento do nível de conhecimentos e da motivação das famílias deve favorecer o desenvolvimento do exercício da parentalidade para que seja possível aos pais/família assumi-la como direito e dever.

Aos pais, é esperado que consigam dotar-se de competências/ habilidades que lhes sirvam de ferramentas para educarem os seus filhos e maximizarem a relação estabelecida com os mesmos, conseguirem dotar-se de atitudes que demonstrem o seu amor, comunicar de forma honesta e aberta e gastarem tempo juntos (AAP, 2009), proporcionar situações ambientais sobre as quais a criança consiga ser imaginativa e inventiva, contribuindo para uma organização das suas capacidades intelectuais. Se não o fizerem impedem a criança de entender as situações na sua totalidade (Piaget, 1970, como citado por Fitzgerald, Strommer & Mckinney, 1986).

Os pais devem mostrar o seu amor pelos filhos, potenciando uma relação de respeito e cordialidade, encorajar um comportamento adequado através de uma prática parental positiva (Maia, 2015).

Em suma, o melhor comportamento parental (CE, 2006) é de acordo com os princípios da parentalidade positiva:

1. **Sustento:** responder às necessidades de amor, carinho e segurança;
2. **Estrutura e orientação:** proporcionar à criança sensação de segurança, rotina previsível e limites necessários;
3. **Reconhecimento:** considerar a criança como um ser pleno de direitos, valorizá-la e ouvi-la;
4. **Empoderamento e autonomia:** Contribuir para ajudar a criança a aumentar competências e controlo pessoal;
5. **Educação não-violenta:** excluir todos os castigos corporais e psicológicos humilhantes.

A resposta parental deve ter presente o afeto sem restrição, promover a máxima autonomia possível e autoridade equilibrada à criança, para que consiga atingir um desenvolvimento saudável com ritmos e rotinas (Sá, 2013).

Segundo a AAP (2009) as crianças dão “presentes” aos pais, transmitem amor incondicional, confiança absoluta, verdadeiras emoções de descoberta e momentos de emoções díspares, quer de ansiedade ou amor intenso, por sua vez os pais também oferecem “presentes” às crianças: amor incondicional, potenciam a autoestima da criança, transmitem valores e tradições, encorajamento para a criança usufruir da vida que tem, proporcionar uma boa saúde e ambiente seguro e potenciar competências e habilidades da criança. Mas, Romanelli (2000, como citado por Zanetti & Gomes, 2011) chama atenção para as mudanças recentes na função socializadora da família, nas relações de autoridade e poder por estarem a contribuir no sentido do individualismo crescente dos filhos que está a prevalecer sobre as aspirações do coletivo.

Outros autores acrescentam, como *Lebrun* (2004, como citado por *Zanetti & Gomes*, 2011) que em termos sociais os pais acreditam que dizer “não” aos filhos é negativo pelo que tem vindo a crescer essa dificuldade parental. Por outro lado, e na opinião de *Wagner* (2003 como citado por *Zanetti & Gomes*, 2011) faltam aos pais referências claras sobre como deveriam fazer em situações simples do quotidiano, como por exemplo, sobre as regras de educação com os filhos. Na sua opinião os pais tornam-se inconsistentes nas relações de poder que estabelecem com os filhos.

A *WHO* (2000) aponta como essencial na saúde, no desenvolvimento precoce das crianças e influencia positiva, a **criação de condições** para as crianças desde a gestação até aos oito anos de idade se desenvolvam ao nível psicológico, socio-emocional e ao nível cognitivo/linguagem, através de **elementos essenciais** de cuidados responsivos, estáveis/seguros e carinhosos.

Estes pressupostos têm por base, que o **desenvolvimento infantil precoce é a pedra angular do desenvolvimento humano e um indicador central de como podemos julgar o sucesso das sociedades.**

Existem programas de enriquecimento centrado em pais e crianças para maximizar o desenvolvimento, potenciar a interação de ambos, aumentando a autoconfiança, quer de pais, quer de filhos (*Fitzgerald, Strommen & McKinney*, 1986).

Vários especialistas internacionais do centro de excelência para o desenvolvimento da primeira infância e da rede estratégica de conhecimentos sobre o desenvolvimento na primeira infância, sugerem programas para pais, para que estes consigam antecipar as mudanças inerentes ao desenvolvimento dos seus filhos e acompanhem de forma mais responsável e estimulante o desenvolvimento dos filhos (*Parent Skills*, 2015).

A criança na interação com o meio ambiente deve explorar e brincar livremente, os pais devem proporcionar recreios diversificados em ambiente natural e não somente parques infantis pouco estimulantes. Por vezes a formação parental é necessária, pela dificuldade de permitir à criança ser autónoma (Neto, 2015, In IV Seminário da ELI Alcanena/Torres Novas). Neto (2015), chama a atenção de que a infância é inventada pelos adultos, não dando margem às crianças para serem inventivas e construírem o seu imaginário tão importante para o desenvolvimento e uma vivência feliz da infância, as crianças são menos competentes no seu desenvolvimento, pela falta de tempo e experiência em contacto direto com a natureza.

Neste âmbito, devido à singularidade inerente a cada casal pelos vários fatores que influenciam a parentalidade, surge a necessidade dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, serem criativos no desenvolvimento de intervenções dirigidas a estas influências, proporcionando simultaneamente oportunidades privilegiadas de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal dirigida aos pais (Martins, 2013).

Da atuação do enfermeiro, em particular do enfermeiro EESCJ, quando consegue ir ao encontro das necessidades dos pais e da criança, promovendo a saúde através do bem-estar, resulta um efetivo cuidar, pois, a verdadeira arte dos Cuidados de Enfermagem é um ato único de criação que tem sentido para a (s) pessoa (s) que é (são) cuidada (s) (*Hesbeen*, 2000).

1.4.1 – Dificuldades no exercício da parentalidade

Os estudos recentes sobre as dificuldades no exercício da parentalidade assentam em problemas específicos quer nos pais, quer nas crianças.

O desempenho de uma parentalidade saudável inclui momentos críticos que requerem apoio (Budd, 2005). A quantidade e a diversidade de informação através dos *mass* média podem influenciar os pais a desconfiarem da sua competência para educar os seus filhos (Priszulnik, 2002, como citado por Zanetti & Gomes, 2011).

Muitas vezes, as mães deparam-se com dúvidas sobre como lidar com os filhos especialmente no início dos dois anos (Cruz, 2013), com dificuldades de interação com a criança em dizer “não” e perante comportamentos que colocam em causa a sua segurança.

Numa situação de intervenção multidisciplinar, há que considerar as dimensões angulares do comportamento interativo, o afeto e o controlo (Maccoby & Martin, 1983, como citado por Aguiar, 2009), para que, se necessário, aconselhe e permita aos pais equilibrarem estas dimensões no seu processo interativo.

Para superar as dificuldades no exercício da parentalidade o enfermeiro EESCJ tem um papel dinamizador em estratégias motivadoras, quer na família, quer na criança em prevenir e a detetar precocemente dificuldades na relação entre pais e filhos (RCEEESCJ, DR, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011). Porém é de frisar que, a evidência científica sobre a parentalidade centra mais estudos sobre os comportamentos parentais e sua influência nas competências das crianças, mas mostra menos atenção sobre as diversas dimensões da parentalidade (Cruz, 2013). A mestranda destaca o estudo de Lopes (2012) relacionado com as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva. A autora faz uma avaliação do exercício da parentalidade positiva dos pais com crianças até três anos e meio.

De entre fatores que interferem no exercício parental, Lopes (2012) concluiu que a inexperiência e a insegurança são as dificuldades mais sentidas pelos pais no cuidar da criança. Assim entre o 1º mês e o 3º mês de vida da criança, as maiores dificuldades sentidas pelos pais são ao nível dos cuidados básicos ao bebé. Do 4º ao 7º mês de vida, as dificuldades sentidas pelos pais são ao nível do desenvolvimento do bebé e comportamento para a estimulação da criança. Do 13º mês ao 24º mês as maiores dificuldades estão relacionadas com a disciplina da criança. Impor os limites na criança é uma dificuldade que perdura também após os 24 meses de idade da criança.

Brazelton (2009) defende e sugere que para ultrapassar as inúmeras birras, teimosias e irritabilidades característicos do primeiro ano de vida, os pais devem proporcionar à criança afeto e disciplina. Mas os pais sentem menos confiança em usar disciplina positiva ao invés de castigos, ameaças ou restrições em situações de birras e também menos confiança em apoiar o desenvolvimento dos seus filhos em relação às atividades que podem estimular a criança (Lopes, 2012).

Neste contexto, pôr em prática as recomendações de parentalidade positiva e aplicá-las nas relações entre pais e filhos pode ser um aspeto dificultador, gerador de sentimentos de desqualificação e de dificuldade ao nível do que é esperado aos pais: crenças e normas sociais de

“boas maneiras”, serem tolerantes e respeitadores da progressão da autonomia dos filhos e escolher constantemente entre relações de igualdade e diferença (Singly, 2011).

Atualmente a literatura no âmbito da psicologia, sobre a temática da educação dos filhos tem vindo a aumentar, fornecendo conselhos aos pais sobre como educar os filhos de forma positiva. Apesar disso, a ação de educar os filhos não é sentida como fácil, sendo considerada para alguns autores como o principal fator de dificuldade sentido pelos pais (Zanetti & Gomes, 2011).

Em saúde, sobre o desempenho dos pais, é expectável que exista ansiedade e dificuldades no exercício da parentalidade (AAP, 2009).

De acordo com a opinião de Lopes (2012) cabe aos profissionais de saúde apoiar o exercício da parentalidade na educação dos filhos. Na enfermagem a educação da criança é um foco de atuação com duplo sentido, apoiar o exercício da parentalidade e também apoiar desenvolvimento infantil. Para o ICN a educação da criança é um ato da parentalidade, corresponde à “socialização e educação da criança, satisfazendo as suas necessidades básicas e individuais, desempenhando comportamentos que apoiam a transmissão da cultura e das tradições, das gerações dos mais velhos para as novas gerações.” (CIPE, 2013: 48).

Os contributos da comunidade científica sobre a educação parental estão centrados em minimizar as frustrações e maximizar o sucesso das crianças, ensinando estratégias de *copping* e de resiliência perante o insucesso ao longo da infância, tal como: a criação de expectativas realistas, elogio aos filhos, transmissão de valores, transmissão à criança da sua importância enquanto pessoa e o desenvolvimento de atividades em família (Ginsburg, s.d., como citado por AAP, 2009).

Estudos contemporâneos centrados na relação entre pais-filhos apontam para que o estilo de autoridade parental e a assunção das responsabilidades parentais sejam influenciadores da forma como a criança interage socialmente. Se forem demasiado permissivos e pouco responsivos podem conduzir a comportamentos de insegurança e agressividade na criança (Casas, 2003 como citado por Zanetti & Gomes, 2011). A ansiedade parental e o estilo parental demasiado rígido ou as dificuldades em estabelecer limites são causas comuns para alguns transtornos comportamentais: transtorno de ansiedade e o transtorno de desafiador/opositor (Teixeira, 2006).

Baumrind (1971, como citado por Cruz, 2013) na classificação que atribuiu às famílias mediante o padrão educativo dos pais classificou três tipos de família com base nos níveis de assertividade e responsabilidade social na criança, para este autor, existem as famílias autoritárias, permissivas ou autoritativas. Os pais com um estilo autorizado são os que conseguem proporcionar atividades com os seus filhos promotoras da sua individualidade e independência, encorajam o diálogo e valorizam a opinião da criança, apesar de serem firmes na educação da criança, são pais exigentes e responsivos e enquadram-se num padrão de envolvimento que promove o desenvolvimento da criança (Baumrind, 1989) exercem uma parentalidade positiva, conseguem aumentar as competências dos filhos pela transmissão de afeto e a responsividade (Baumrind, 1973, como citado por Cruz, 2012).

Eduardo Sá (2013) aponta indicações para uma parentalidade positiva através de atitudes de escuta, admiração, assertividade, colo, sinceridade, atitude calorosa, atenção junto da criança e

paralelamente reconhecendo que à parentalidade, também estão subjacentes sentimentos de desapontamento e desilusão.

Os profissionais de enfermagem, especialmente os enfermeiros EESCJ, são um recurso de apoio para os pais no exercício da parentalidade positiva e esse apoio deve ser centrado nas necessidades dos pais, incluindo a valorização dos pontos fortes que os pais apresentam e considera-los nesse mesmo apoio (Lopes, 2012). A atuação do enfermeiro também passa por melhorar os conhecimentos parentais, as habilidades nos cuidados à criança e apoiar a própria relação entre pais e filhos (Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

Contudo ainda, existem poucos programas de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade no âmbito da relação entre pais e filhos, sobre “disciplina positiva”, existindo mais sobre as necessidades físicas da criança (Lopes, 2012).

Segundo Amaral (2015, In IV Seminário da ELI Alcanena/Torres Novas) as famílias em situações que envolvam alteração comportamental infantil, quando são apoiadas conseguem adotar estratégias de resiliência. A autora reforça que qualquer profissional que lide com famílias deve primeiro “conquistar” confiança e como primeira abordagem deve captar aspetos positivos da família, nomeadamente “elogiar”, para que, os pais sintam coragem em querer melhorar o desempenho da parentalidade. É necessário por isso dar “tempo” à família, conhecer a dinâmica de cada membro, as experiências anteriores e como estas influenciam o dia-a-dia, bem como a perspetiva que os pais têm da própria infância, para assim, permitir que os pais reconheçam por si estratégias mais úteis a adotar e proporcionar bem-estar à criança e consequentemente à própria família.

Deve existir maior atenção do enfermeiro sobre as famílias com fatores de risco. Aguiar (2009) refere estudos que indicam que o aumento de crianças com comportamento agressivo têm origem em famílias com baixos rendimentos, baixo nível educacional, alto nível de stresse familiares, com comportamentos parentais inconsistentes, críticos, abusivos e pouco comprometidos para o desenvolvimento. *Webster-Stratton* (2010, como citado por Lopes, 2012) assevera que as crianças com temperamento mais impulsivo, desatento e hiperativo são aquelas que recebem menos estímulos e apoios e são punidas por pais e professores mais frequentemente; vivenciam também maior isolamento social e maior rejeição por parte dos colegas na escola.

Para reduzir a agressividade em crianças pequenas os programas existentes são introduzidos tardiamente (em idade escolar e na adolescência) pelo que os anos pré-escolares parecem ser um período crucial, tanto para a redução, como para a cristalização da agressividade. A capacitação passa pelo ensino, aos pais, de estratégias disciplinares positivas e não violentas, de forma a alcançarem competências sociais, emocionais e reduzirem comportamentos agressivos.

A capacitação parental é o “tratamento isolado” mais eficaz para a redução da agressividade em crianças pequenas até aos cinco anos (*Webster-Stratton, 2010*, como citado por Lopes, 2012). *Webster-Stratton* (2013), formadora de enfermeiros nos Estados Unidos defende que a atuação dos enfermeiros deve ser efetuada o mais precocemente possível, para prevenir alterações de desenvolvimento ao nível, social e emocional.

Estudos com grupos de controlo randomizados apresentaram resultados significativos. Em quatro programas dirigidos aos pais: *Parent-child Interaction Therapy*; *Cope*; *Incredible Years*; *Helping the Noncompliant Child*.

O programa *The Incredible Years* promovido por *Carolyn Webster-Stratton*, para pais com crianças até aos 12 anos e educadores teve como objetivo inicial, oferecer programas e materiais para pais e professores para que desenvolvam uma relação positiva com as crianças em contexto escolar. Outros objetivos consistem em auxiliar na prevenção e tratamento de problemas de comportamento e promover a competência social, emocional e académica antes de uma criança se tornar um adulto. Utilizam como metodologias de intervenção o modelamento por vídeo e a prática de estratégias nas sessões role-play (*Incredible Years” Dinosaur Curriculum, 2013*).

Este programa, com aplicabilidade na *educação*, mas adaptado à *saúde*, existe em mais de vinte países. A aplicação de programas de apoio a pais por equipas multidisciplinares, com enfermeiras especializadas na área de saúde infantil, tem por objetivo apoiar regularmente a parentalidade em diversos contextos, quer de domicílio, quer em clínicas (*The Incredible Years, 2013*).

Em Portugal, os primeiros passos começaram em 2007, com o programa *Anos Incríveis*, enquadrado em estudos com aplicabilidade em contexto familiar e escolar para crianças em idade pré-escolar. Em 2015, foi iniciado um projeto, através de parceria entre várias entidades estrangeiras e portuguesas de forma a formar profissionais para a dinamização de grupos de pais com o programa “Anos Incríveis” (Santos, *et al.*, 2015). Desta forma está patente, que a procura de novas evidências científicas sobre um melhor cuidar é uma responsabilidade de qualquer profissional que contacte com pais, nomeadamente na enfermagem de saúde da criança e do jovem.

A reflexão sobre a PBE é um caminho para atingir a excelência de cuidados, sendo o RPQCEESCJ (2011) um referencial que promove e estimula a qualidade de cuidados pela reflexão sobre a prática clínica de enfermagem. Sobre a organização dos cuidados de enfermagem está expressa a promoção de parcerias com outros profissionais em contextos de cuidados de saúde primários, secundários e de comunidade, no sentido de melhorar a acessibilidade da saúde da criança.

1.5 – CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM: O MODELO DE PARCERIA

Cuidar em enfermagem de saúde da criança e do jovem tem como pilar de atuação, os cuidados perspetivados em parceria com os pais, focalizando a intervenção holística na interdependência criança/jovem/família e ambiente, respeitando os direitos humanos e da criança, promovendo a saúde, prevenção da doença e tratamento da doença sendo os princípios subjacentes à intervenção, a proximidade, parceria e capacitação (RPQCEESCJ, 2011).

Os cuidados de enfermagem têm por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; uma relação de ajuda com a pessoa; o uso de metodologia

científica, pela identificação de problemas de saúde, recolha e apreciação de dados, elaboração do diagnóstico de enfermagem, elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem, execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Neste contexto, cabe ao enfermeiro EESCJ, acompanhar a dinâmica da relação da criança com os seus pais e o seu impacto no desenvolvimento infantil.

O cuidar holístico à criança emerge da percepção dos pais, como os melhores cuidadores da criança, reconhece e valoriza a importância da família, respeita o conhecimento que a mesma possui da criança, da experiência em cuidar dela e a influência na sua recuperação em caso de doença (Casey, 1993).

Esta perspetiva de cuidar está patente no Modelo de Parceira de Cuidados criado em 1988 pela enfermeira *Anne Casey* e que tem em consideração a relação da criança com a sua família/ambiente como influência no seu crescimento e desenvolvimento, nomeadamente nas dimensões social, emocional e física (Casey, 1988).

O enfermeiro tem a função de orientar e apoiar as famílias, atendendo às particularidades de cada uma e assumindo uma atitude flexível e individualizada, de acordo com a especificidade destas e das crianças.

Para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados de enfermagem devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e que por isso, os pais são os melhores cuidadores da criança, ao mesmo tempo que são quem melhor a conhece. O Modelo tem como pressuposto, que os pais são os melhores cuidadores efetivos para proporcionar o melhor bem-estar à criança (Casey, 1993). Estabelece distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem, contudo não delimita fronteiras rígidas.

Os cuidados familiares são prestados pelos pais para ajudar a criança a satisfazer as suas necessidades, contudo, em caso de ausência e incapacidade podem ser realizados pelos enfermeiros. Por sua vez os cuidados de enfermagem são especializados, podendo ser transmitidos à família mediante apoio, ensino e orientação (Casey, 1993).

Este modelo direciona-se assim, para a prestação de cuidados de enfermagem na área pediátrica e veio identificar o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos, o que implica uma relação de parceria com a equipa de saúde, sem que se estabeleçam barreiras determinadas e compartimentalização de funções, tendo como ação o desenvolvimento conjunto de ações complementares, tendo em vista o bem-estar da criança (Pedro, 2009).

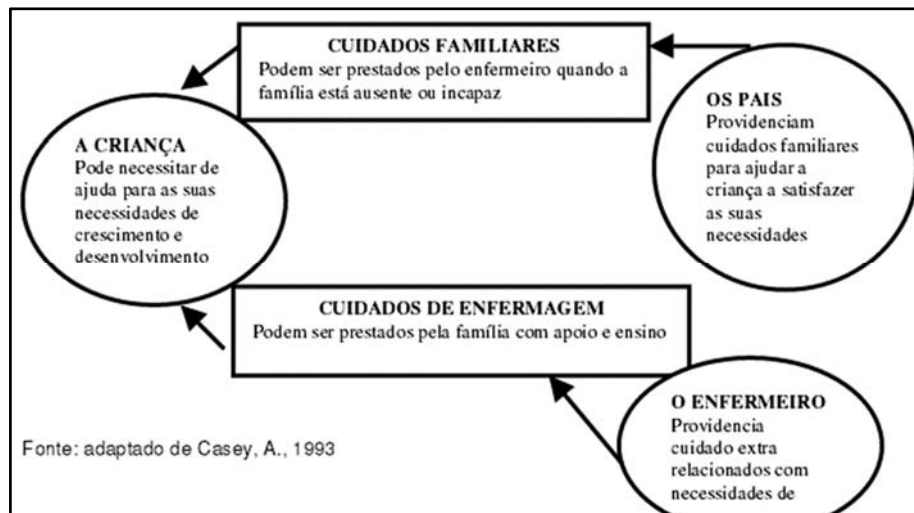


Figura 1 - Modelo de Enfermagem de Parceria de Cuidados

O modelo de parceria de cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro.

A criança é um ser único com as suas próprias necessidades. A maioria das necessidades é satisfeita pelos pais ou por outros membros da família desde o nascimento, mas, ao longo do tempo a criança vai desenvolvendo novas aptidões e conhecimentos que lhe permite satisfazer as suas necessidades, tornando-se mais independente em relação aos prestadores de cuidados até à sua total autonomia. O seu potencial é alcançado, quando durante o máximo período de tempo, está presente um estado ótimo de bem-estar físico e mental.

A família, completando no que foi dito anteriormente, é descrita como uma unidade de indivíduos responsável pela maioria dos cuidados prestados à criança e que desenvolvem uma influência no seu crescimento e desenvolvimento. Os cuidados prestados pela família são chamados cuidados familiares e incluem todos os cuidados prestados de forma a satisfazer as necessidades quotidianas da criança.

A saúde é o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente todo o tempo, uma vez que se pretende que a criança atinja todo o seu potencial. Qualquer alteração não identificada ou corrigida pode condicionar o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e espiritual da criança.

O ambiente influencia o bem-estar e a interação da criança e família. O desenvolvimento pode ser afetado por um certo número de estímulos. Casey considera que aqueles que têm origem em fontes externas, isto é, fora do que é próprio à criança, surgem em consequência do ambiente a que está sujeita. A criança para atingir a sua independência necessita de proteção, segurança, estímulo e amor.

O enfermeiro é o profissional que assume um conjunto de responsabilidades de forma eficaz, baseando-se nos cuidados familiares, no apoio, no ensino e acompanhamento. Ao enfermeiro é exigido uma série de requisitos essenciais sendo o seu papel principal a supervisão intervindo quando é necessário. Os cuidados de enfermagem são prestados em parceria, no reconhecimento dos pais como os melhores cuidadores, respeito pelas suas crenças e valores. Os

cuidados de enfermagem centram-se nas competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho em grupo (*Farrel, 1994*). Cabe ao enfermeiro avaliar a vontade e a capacidade dos pais para prestar determinados cuidados à criança e promover apoio e ensinamentos de forma a ultrapassar possíveis barreiras e dificuldades. Deve existir uma constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados à criança (*Farrel, 1994*).

Estes conceitos enquadram-se nos conceitos metaparadigmáticos presentes no RPQCEESCJ (2011), a saúde da criança e do jovem, a pessoa, o ambiente da criança e do jovem, os cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem.

De acordo com *Casey (1993)*, a participação do enfermeiro nos cuidados tende a ser a menor possível. Para além da prestação, colaboração ou supervisão dos cuidados, apoio emocional e ensinamentos aos pais, cabe também ao enfermeiro fazer o encaminhamento da criança e família para outros profissionais fazendo a interligação dos cuidados diferenciados.

Envolver a família nos cuidados à criança é benéfico para todas as partes, mas exige uma boa comunicação, apoio e compreensão do enfermeiro. Todas as famílias devem ser consideradas competentes e capazes, mesmo que seja preciso investir e apoiar para que possam demonstrar as suas capacidades de modo eficaz. Os pontos fortes da família devem ser usados para o planeamento da intervenção, o que implica ajudar os pais a demonstrar as suas qualidades e desenvolverem os seus conhecimentos e capacidades de forma a identificar os recursos de que necessitam.

A aplicação do processo de enfermagem permite qualidade na prática profissional (*Garcia & Nóbrega, 2009*). A atuação individualizada pressupõe um processo contínuo e flexível de recolha constante de dados, com recurso várias fontes para conhecer a família, o seu ambiente familiar e comunitário, as suas expectativas e sentimentos relativos à criança, as dificuldades e emoções, estabelecendo um clima de confiança entre enfermeiro e família (*Casey, 1995*).

2 – METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo é abordado o processo metodológico de recolha de conceitos que emergem do enquadramento teórico, de forma a formular uma pergunta de investigação.

Posteriormente, com base nas palavras-chave da pergunta é efetuada uma pesquisa em bases de dados científicas. No subcapítulo é efetuada uma análise dos resultados da pesquisa, tendo como base o enquadramento teórico desta investigação.

2.1 – PROTOCOLO DA METODOLOGIA DE PESQUISA

Após colheita de dados relevantes sobre a temática de investigação (Coutinho, 2015), o próximo passo da metodologia da RSL é a análise dos conceitos relacionados, através da metodologia PI(C)O. A definição da pergunta de investigação (apêndice A) permitiu desenvolver o processo de pesquisa, pela utilização de palavras-chave ordenadas mediante a conceptualização desta investigação (apêndice B): **(1) Enfermeiro - Nurs***; **(2) Relações entre pais e filhos - Parent-Child relations**; **(3) Criança em idade pré-escolar - Child preschool**; **(4) Parentalidade – Parenting**; **(5) Desenvolvimento infantil - Child development**;

Emerge, então, a questão de investigação:

Quais as intervenções de enfermagem (I) nas relações entre pais e crianças em idade pré-escolar (P) para uma parentalidade promotora do desenvolvimento infantil (O)?

As palavras-chave foram submetidas no dia 29 de dezembro de 2015 às 10h00 na plataforma *MeSH* *Browser* no site: https://www.nlm.nih.gov/mesh/2015/mesh_browser/MBrowser.html.

Das cinco palavras-chave identificadas, *nurse* é *qualifer MeSH* e as restantes são *MeSH Descriptors*. Após encontrados os descritores e qualificador *MeSH*, o próximo passo da RSL consiste em proceder à pesquisa nas bases de dados científicas (Coutinho, 2015), busca efetivada nas bases de dados científicas EBSCO no site: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/BDCcientificos/Paginas/AcessoReservadoaMembros.aspx>, nas bases de dados O CINAHL Complete, O MEDLINE Complete; Cochrane Central *Register of Controlled Trials*; *MedicLatina*;

Como **limitadores** (apêndice C) nas bases de dados foram: marco histórico recente (data de publicação: de dezembro de 2010 a dezembro de 2015); resumo disponível; prática baseada na evidência; humano; qualquer autor enfermeiro; sexo feminino e masculino; faixa etária em idade pré-escolar; Texto completo em PDF; Booleano/ frase; aplicar palavras relacionadas; Texto completo.

Os **critérios de inclusão** (apêndice D) incluíram, artigos recentes publicados entre dezembro de 2010 a dezembro de 2015; população alvo que incluía crianças em idade pré-escolar; tema sobre parentalidade/relações entre pais e filhos, incluindo a relação entre pais e filhos saudável. Como **critérios de exclusão** (apêndice D) ressalva a exclusão de artigos que abordem a parentalidade perante uma situação de diagnóstico na criança.

Posteriormente, procedeu à pesquisa de cada **palavra-chave individualmente** (apêndice E) e há pesquisa do **cruzamento das palavras-chave** (Apêndice F) e **conjugação de todas as palavras-chave** (apêndice G).

Ao submeter nas bases de dados, as palavras *Nurs** and *Parent child-relations* and *Child preschool* and *Parenting* and *Child development*, a pesquisa produziu três artigos, das quais após leitura dos resumos e verificação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas um artigo possui critérios de inclusão.

De forma a conseguir cobrir adequadamente a investigação e aumentar o número de artigos para análise, procedeu à leitura dos resumos dos 16 artigos provenientes da pesquisa com as quatro palavras-chave, dos quais, apenas um artigo enquadra-se nos critérios de inclusão desta investigação (apêndice H). Em suma em todo o protocolo da metodologia de pesquisa obteve dois artigos (apêndice I).

Procedeu-se por isso, à análise crítica dos dois artigos (apêndice J), o artigo proveniente da pesquisa pela conjugação das cinco palavras-chave está disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=38f1ac13-7c57-422c-ab5b-25aec750abb9%40sessionmgr102&vid=9&hid=116>, e o artigo proveniente da pesquisa pela conjugação das quatro palavras-chave, está disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=38f1ac13-7c57-422c-ab5b-25aec750abb9%40sessionmgr102&hid=116>

2.2 – RESULTADOS SOBRE A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Os resultados da revisão da literatura recolhidos através da pesquisa nas bases de dados, devem ser atualizados e se possível acrescentar algo de novo à própria revisão da literatura (Coutinho, 2015).

A questão de investigação levantada centra-se em intervenções de enfermagem para pais com filhos saudáveis, em resposta a um nível de atuação salutogénico, procurando a melhor evidência científica na promoção da parentalidade positiva potenciadora do desenvolvimento infantil. A evidência científica revela que a melhor forma de prevenir problemas no exercício da parentalidade e no desenvolvimento infantil, é através da prevenção, contudo, mostra que ainda é escassa, apesar do crescente número de problemas emocionais e comportamentais na infância assinalada pela WHO em 2000.

É de salientar que a pesquisa nas bases de dados revelou maioritariamente, artigos sobre intervenções de enfermagem para pais com filhos já com uma doença específica diagnosticada,

consequentemente os resultados revelaram apenas dois artigos com critérios de inclusão nesta investigação.

Como respostas para a questão de investigação:

Quais as intervenções de enfermagem (I) nas relações entre pais e crianças em idade pré-escolar (P) para uma parentalidade promotora do desenvolvimento infantil (O)?

A evidência científica revela resultados positivos nos pais e filhos quando se investe na educação sobre a parentalidade (Kemp, et al., 2011; Breitenstein, et al., 2012) com resultados significativos no desenvolvimento infantil, mesmo em situações de condições socioeconómicas desfavoráveis (Breitenstein, et al., 2012).

Os artigos esclarecem que programas para pais são a resposta promissora, quer para os pais quer, para os filhos, em diversas áreas tais como, na transição para a parentalidade, na interação com os filhos, potenciando a saúde e o desenvolvimento dos mesmos.

Segundo a literatura, para atingir resultados no desenvolvimento infantil é relevante um acompanhamento dos pais desde o período da gravidez até a criança atingir a idade pré-escolar. A evidência acrescenta que o apoio durante a gravidez, pode realizar-se de forma individualizada em contexto domiciliário e após o nascimento da criança, em centros infantis com intervenção em grupos para os pais.

Os artigos, ambos de nível dois de evidência científica (anexo I), respondem à questão de investigação levantada neste trabalho, contudo como constrangimentos, aponta o tamanho das amostras (no primeiro artigo de 208 no segundo 504 pais) e os dados disponíveis referirem-se a resultados no desenvolvimento das crianças até aos 4 anos de idade.

Em ambos os estudos, é feita a recomendação para mais investigação nesta área, através da replicação de mais programas idênticos, de forma a aferir benefícios a longo prazo. Para além disso é recomendada mais a investigação, mas em populações com outras características.

A evidência científica demonstra que as intervenções de enfermagem potenciadoras de uma parentalidade promotora do desenvolvimento infantil na criança em idade pré-escolar devem constituir-se em programas organizados para pais, com a realização de visitas domiciliárias e/ou em centros infantis num período de tempo regular (pelo menos durante um ano) através de intervenções individualizadas e em grupo, em que deverão ser abordados temas com os pais sobre habilidades e capacidades parentais, cuidados aos filhos ao nível de prestação de cuidados, atividades promotoras do envolvimento com os filhos e sobre o próprio desenvolvimento infantil (Kemp, et al., 2011). Já para Breitenstein, et al. (2012) a abordagem deve ser específica sobre como interagir com os filhos de forma positiva (parentalidade positiva), sobre aquisição de competências parentais promotoras da gestão de comportamentos da criança, sobre gestão de stresse, resolução de problemas e manutenção de habilidades parentais, bem como na ajuda aos pais no sentido de conseguirem exercer uma parentalidade mais confiante, consistente e positiva.

A evidência científica revela que os resultados das intervenções de enfermagem potenciadoras de uma parentalidade promotora do desenvolvimento infantil na criança em idade pré-escolar são: Mães mais responsivas, quer ao nível verbal, quer ao nível emocional com os seus filhos até aos dois anos de idade, verificaram-se ainda melhores resultados ao nível do tempo de

duração da amamentação. Os dados não demonstram alterações significativas sobre a interação positiva entre pais e filhos em relação aos grupos de controlo (*Kemp, et al., 2011*). A estimulação da relação parental com os filhos não trouxe diferenças significativas no desenvolvimento mental, psicomotor e comportamental em crianças até aos 18 meses, contudo existiram benefícios no desenvolvimento mental nas crianças cujas mães possuíam problemas psicossociais durante a gravidez (*Kemp, et al., 2011*), conclui-se ainda que os pais são mais responsivos ao nível emocional e verbal nos primeiros dois anos de vida das crianças (*Kemp, et al., 2011*).

Breitenstein, et al. (2012), demonstram existir uma grande satisfação dos pais em participar num programa para pais, incluindo melhores resultados no comportamento parental ao nível da autoeficácia e disciplina (menos castigos corporais, disciplina consistente e uso de louvores) e melhores resultados no comportamento das crianças. Especifica-se ainda no estudo destes autores que as melhorias no comportamento das crianças e na autoeficácia parental são diferentes conforme a etnia/ cultura com mais resultados na população latina em comparação com a africo-americana (*Breitenstein, et al., 2012*). De referir ainda que existem melhorias no comportamento parental ao nível da verbalização de “louvores” aos filhos, contudo são manifestados por um período de tempo reduzido após a frequência do programa para pais (*Breitenstein, et al., 2012*).

O treino de competências parentais trás benefícios significativos no desenvolvimento infantil durante os primeiros cinco anos de vida da criança (*Breitenstein, et al., 2012*).

Os programas para pais mostram que a preocupação é no sentido de responder ao superior interesse da criança, tal como expressa na Convenção dos Direitos da Criança de 21 de setembro de 1990.

Os resultados dos artigos reforçam a importância de que a parentalidade positiva tem impacto nos primeiros anos de vida na criança (Cruz, 2013) de forma bidirecional (*Brazelton & Cramer, 2001*). As intervenções de enfermagem no sentido de promover o envolvimento dos pais mais responsivos e calorosos (louvores) corrobora as conclusões de *Perales (2003*, como citado por Aguiar, 2009) em trazer benefícios no comportamento positivo nas crianças. As conclusões de ambos os artigos corroboram Aguiar (2009) sobre a multiplicidade de fatores como influenciadores na interação dos pais com a criança. Incluindo as conclusões de Marques & Cepêda (2009) sobre cuidados de enfermagem, que para serem individualizados, devem contemplar a multiplicidade de fatores influenciadores na relação entre pais.

A existência de programas para pais considera os próprios/ cuidador principal, como os melhores peritos para cuidar das crianças, com capacidade de resiliência e competências para interagir com os filhos, tal como verificado nos estudos de Lopes (2012), atuação enquadrada no modelo *Touchpoints* de *Brazelton (1999)* e no Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey (1988)*. Uma das temáticas dos programas dos artigos da RSL é a própria complexidade da dinâmica da relação entre pais e filhos perante o desenvolvimento dos filhos na idade pré-escolar (*Standler, Novak & Beauchesne, 2013*), demonstrando que são os cuidados antecipatórios a “chave” no acompanhamento dos pais, correspondendo a uma intervenção assente no paradigma de *Antonovsky (1996)* e aos princípios da carta de *Ottawa (1986)*, bem como, nos princípios da parentalidade positiva, recomendados pelo Conselho Europeu (2006).

A evidência científica continua a demonstrar que o apoio no exercício da parentalidade é a melhor forma de contribuir para influenciar nas atitudes dos pais, ajustando-as ao desenvolvimento infantil com resultados positivos de responsividade parental, aspeto considerado essencial pelo NICHD (2006) e recomendações da AAP (2009).

A aplicação de programas para pais e os estudos sobre a parentalidade continuam a ser escassos, tal como as conclusões de Cruz (2013), pelo que são necessários mais estudos para uma evidência científica que aborde mais aprofundadamente a parentalidade no seu todo, isto é, nas suas componentes ao nível da cognição, emoção e ao nível comportamental.

3 - REFLEXÃO SOBRE UM PERCURSO DA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Neste capítulo faz uma reflexão crítica sobre uma prática clínica no âmbito de estágio para aquisição de competências como enfermeiro EESIJ previstas no regulamento n.º 123 de 2011 de 18 de fevereiro da OE, referente ao período de ensino clínico de 18 semanas: de 16 de fevereiro a três de julho de 2015 em três unidades hospitalares, respetivamente cinco semanas num serviço de neonatologia, seis semanas num serviço de internamento de pediatria e quatro semanas num serviço de urgências pediátricas, com um total de 440 horas.

O início do período clínico foi precedido de elaboração e aprovação de um projeto individual de estágio (apêndice L) que designou por “A parentalidade positiva e a promoção da vinculação”.

As experiências vivenciadas no período clínico permitiram uma aquisição de saberes sobre cuidados de enfermagem especializados, alcançados através de um processo de aprendizagem reflexivo e construtivo, assente na prática baseada na evidência e numa perspetiva da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento de competências foi influenciado pelo contexto de ensino clínico, através da reflexão, na e sobre a ação. O ensino clínico foi como que uma fonte de “alimentação”, onde a teoria alimentou a prática e a prática foi alimentada pela teoria, para a consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos, para a reflexão sobre as práticas (Carvalho, 2013, como citado por Rodrigues, 2012).

A mestranda subscreve Zangão (2014) quando defende que um profissional competente é aquele que consegue possuir conhecimentos e que sabe mobilizá-los num contexto específico. Foi o que o ensino clínico permitiu desenvolver, aplicar, refletir, criticar e amadurecer saberes transformados em competências conducentes a uma prática de cuidados especializados.

Com o exposto nos próximos três subcapítulos, faz uma reflexão crítica sobre a prática desenvolvida em serviços hospitalares e atividades desenvolvidas na área da parentalidade.

3.1 – A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO

Os contextos são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática pela construção do saber cognitivo (Longarito, 1999, como citado por Rua, 2009).

A integração nos serviços permitiu enquadrar a prática clínica, conhecer as instituições ao nível de micro, meso, exo e macrossistema e assim atribuir uma significação às práticas de saúde sobre a dinâmica do trabalho em equipa, à organização individual do trabalho, ao estabelecimento

de relações interpessoais, à comunicação, à tomada de decisão individual e em grupo perante situações novas e à partilha de saberes e responsabilidades.

Os primeiros contactos nos contextos de estágio iniciaram com momentos de visita às instalações das unidades e entrevista com a enfermeira chefe para abordagem da dinâmica do circuito da criança/jovem e família nos serviços, as normas, procedimentos e a dinâmica de trabalho da equipa.

3.2 - O MODELO DE PARCERIA: NO MÉTODO DE TRABALHO E NA RELAÇÃO COM A CRIANÇA/FAMÍLIA

Nos serviços, prestou cuidados tendo sempre como base o método de trabalho de enfermeiro de referência, apesar de em alguns momentos, utilizar o método de trabalho individual.

Tal como preconiza a OE, o método de trabalho de enfermagem a adotar é o método de referência de forma a proporcionar cuidados personalizados e individualizados (RPQCEESCJ, 2011). Costa (2004) defende que a principal base do método de trabalho de referência são cuidados humanizados e de qualidade nos quais a alta é preparada desde o início de uma situação de internamento; seguindo o método de referência, a mestranda em cada turno prestou cuidados de enfermagem, envolvendo a colheita de dados, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos cuidados através do processo de enfermagem, com o recurso aos instrumentos básicos de enfermagem; procedeu ainda à transmissão de informação pertinente nas respetivas passagens de turno, para que o enfermeiro pudesse continuar o plano de cuidados (individualizado).

O Modelo de Anne Casey (1988) de parceria nos cuidados mostrou-se o mais adequado à prestação de cuidados pediátricos, destacando que o reconhecimento dos pais como um contributo na assistência à criança é crucial. Pôde ainda aplicar na prática, as premissas do modelo de Casey. Existiram situações em que a mestranda atuou para os pais como se de um “tutor” se tratasse, com o objetivo de potenciar a sua autonomia nos cuidados aos filhos, noutras situações prestou cuidados totais à criança, substituindo os pais.

Foi possível adquirir maior experiência no uso de **estratégias de negociação** com os pais tendo sempre como filosofia o respeito pelas crenças e valores da família.

Adotou uma postura considerada essencial neste modelo: o enfermeiro atuar para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, com cuidados de proteção, estímulo e amor (Casey, 1988).

A prestação de cuidados da mestranda teve como premissa refletir a parceria com a criança e seus cuidadores. Acrescenta que teve também presente a preocupação constante em promover e facilitar a parentalidade positiva.

O período de ensino clínico permitiu a aquisição de competências na utilização de **técnicas de comunicação assertivas**, tais como: mostrar disponibilidade, escuta ativa e empatia, tendo como fim, negociar o planeamento dos cuidados de acordo com as reais necessidades da criança/família.

A comunicação revelou-se uma ferramenta essencial nos cuidados de enfermagem, concordando com diversos autores sobre a comunicação como uma capacidade que deve ser valorizada pelos enfermeiros. Acrescenta a opinião de Casey (1995) sobre as influências na parceria de cuidados com cuidadores informais sobre o tipo de comunicação dos enfermeiros, em que os que adotam uma comunicação pela negociação promovem a parceria de cuidados centrada no “cuidar” individualizado, mostrando atitude de perícia.

3.3 - CUIDADOS DA PRÁTICA CLÍNICA: PERCURSO NA EDUCAÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Destaca e corrobora com *Hutchfield e Smith et al.* (1999, como citado por Carneiro, 2010) quando se referem à existência de uma pirâmide hierárquica dos cuidados de enfermagem centrados na família. O enfermeiro potencia o envolvimento parental, através de um relacionamento aberto de cooperação e colaboração entre a equipa de saúde e a família; posteriormente o enfermeiro permite e incentiva a participação parental através da valorização e respeito pelos conhecimentos existentes dos pais; por último o enfermeiro estabelece uma parceria com a família, onde no topo estão os cuidados centrados à mesma, pelo estabelecimento complexo de relações (*Smith, 2006*; como citado por Carneiro, 2010).

Ao longo da prática clínica refletiu e experienciou uma atuação conducente com *Grinspun* (s. d., como citado por Mendes & Martins, 2012) por afirmar que cuidar é, pensar sobre o relacionamento desenvolvido entre o enfermeiro e pais para obter cuidados de qualidade, individualizados, adaptados e refletidos com o fim de criar um ambiente terapêutico e de segurança. Contudo, vários estudos comprovam que a hospitalização por si só acarreta barreiras no desempenho parental, insegurança e medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e até medo de não corresponderem às próprias expectativas dos enfermeiros (*Reis, 2007*) aspeto que teve sempre presente na prestação de cuidados.

Ao longo de todo o período de ensino clínico foi “sensível” às necessidades dos pais/acompanhante da criança, adotou um comportamento ativo de preocupação sobre a adaptação ao internamento e em proporcionar momentos para a expressão de sentimentos e colocação de dúvidas. Especificamente, as maiores necessidades dos pais foram no esclarecimento de dúvidas sobre cuidados relacionados com a situação clínica dos filhos, incluindo a minimização de medos associados ao diagnóstico, bem como, necessidades ao nível do conforto e “distração” da criança.

A prática clínica permitiu perceber que o contributo na minimização que o impacto do internamento tem na criança/ jovem e sua família, só é possível quando os cuidados são centrados na (s) pessoa (s) e não nos profissionais. Realça que os IBE's foram mobilizados e considerados, pela mestrandia, como ferramentas essenciais na prática clínica centrada no alvo de cuidados: a criança/ jovem e família.

Em cada contexto de estágio pretendeu contribuir para melhorar uma prática de enfermagem potenciadora da parentalidade e conseqüentemente potenciadora do desenvolvimento infantil.

Numa primeira fase, procurou identificar junto da equipa as necessidades dos serviços sobre uma prática de enfermagem centrada em potenciar a relação entre pais e filhos. Numa segunda fase, procurou identificar na prática clínica a pais, intervenções promotoras das relações entre pais e filhos numa perspetiva de qualidade de cuidados.

Ponderou sobre: como prestar cuidados de nível avançado junto de pais com crianças em contexto hospitalar? Poderia promover a parentalidade positiva em grupo? Seria relevante para os pais nos contextos hospitalares e para os próprios serviços?

Na realidade encontrada nos serviços do ensino clínico sobre sessões para grupos de pais, apenas o serviço de neonatologia as realiza regularmente, sessões essas sobre o “método de canguru” e a amamentação. Nenhum dos serviços do ensino clínico contemplou sessões no âmbito da interação positiva entre pais e filhos com o fim de potenciar o desenvolvimento infantil.

Por isso, perante a realidade encontrada, a mestranda abordou as temáticas à luz da PBE, de acordo com os autores *Kemp, et al.*, (2011) e *Breitenstein, et al.* (2012), realizando sessões de educação para a saúde individuais e em grupo de pais, sobre a interação entre pais e filhos potenciadora do desenvolvimento infantil; a educação parental e os cuidados básicos, incluindo cuidados específicos perante a situação de doença dos filhos.

Apesar da PBE mostrar resultados de programas para pais em contexto domiciliário e escolar, as intervenções da mestranda sobre as temáticas da PBE a grupos de pais em contexto hospitalar revelam pertinência e são sentidas como necessárias pelos pais, tendo estes, sentido a necessidade em conhecer os princípios da parentalidade positiva e as atividades que promovem o desenvolvimento infantil, de forma a aplicarem junto dos filhos.

3.3.1 – Serviço de Neonatologia

O serviço de neonatologia revelou-se uma experiência exigente, pois por um lado o dever de assistir um neonato prematuro, que necessita de vigilância de manutenção de vida constante e por outro, o dever de apoiar e acompanhar os pais na adaptabilidade ao mesmo e a toda a situação.

A PBE mostra que o enfermeiro é um “pilar” de apoio entre pais e filhos. Soares (2008) no seu estudo sobre o acompanhamento de famílias na adaptação do exercício da parentalidade, defende que os enfermeiros devem ser facilitadores do processo de vinculação entre o bebé e os seus pais, através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, proporcionando ainda momentos em que os pais possam expressar as suas dúvidas.

Numa situação de internamento de um prematuro, é interrompido o processo natural de vinculação (Rocha, como citado por Diaz, *et al.*, 2014) para além de que as incertezas de diagnóstico são apontadas por Marques (1991) e Jorge (2004, como citado por Carneiro, 2010) como emocionalmente aflitivas para os pais da criança internada.

Numa situação de prematuridade *Gronita* (2007) e *Lindberg* (2009, como citado por Diaz, *et al.*, 2014) defendem que os cuidados inerentes devem ser no suporte emocional no estabelecimento do “luto do bebé idealizado” e na “aceitação do bebé real”. Neste contexto, apoiar estes pais no

estabelecimento do processo de vinculação e de uma parentalidade positiva, englobou o respeito e a potenciação de proporcionar “espaço” e privacidade.

No serviço, foi visível que os pais quando atravessam um processo de luto do bebé idealizado vivenciam um grande conjunto de sentimentos e emoções de angústia, desamparo, confusão, recusa da situação, dor, tristeza, medo de perda. Nos primeiros momentos de contacto com o filho todos os pais apenas observavam o filho e só depois é que conseguiam tocá-lo.

Os pais sentiam necessidade de abordarem o enfermeiro para expressarem sentimentos e questões sobre o estado de saúde do filho.

A mestranda facilitou o estabelecimento do relacionamento da relação empática, avaliou conhecimentos dos pais e o estágio de desenvolvimento da criança para assim adequar a sua abordagem. Simultaneamente colhia dados sobre características da dinâmica pessoal e familiar; preocupações, dificuldades sentidas e necessidades, para ao longo do turno, efetuar uma reavaliação dos diagnósticos de enfermagem e executá-los. Desta forma, desenvolveu plano de cuidados individualizados a cada tríade: pai, mãe e prematuro para incentivo à expressão de emoções pelo uso de técnicas de comunicação como escuta, silêncio, comentários abertos, orientação e recapitulação (Riley, 2004).

Realçou junto dos pais a importância e promoção da vinculação ensinando estratégias para a desenvolver, permitiu a adoção de conhecimentos, aprendizagens e habilidades, numa lógica promotora de saúde e readaptação familiar.

Tal como defende Ribeiro *et al.* (2005) sobre os pais em contexto de neonatologia, é crucial que estes recebam informações e apoio dos enfermeiros, pelo que prestou cuidados antecipatórios aos pais, sobre as necessidades sentidas pelos mesmos, sobre a amamentação, posicionamentos e mobilização do prematuro, preparação do biberão, sinais de alerta de doença e prevenção de acidentes, forneceu panfletos existentes no serviço, explicando sobre o conteúdo dos mesmos.

Em relação aos cuidados ao prematuro de forma a criar um ambiente propício ao seu desenvolvimento e crescimento, os mesmos foram planeados e executados em horas “ditas de manipulação” numa perspetiva de “manipulação mínima” da criança. A mestranda refletiu sobre as práticas de manipulação mínima como práticas humanizadas e de qualidade, tal como prevê o art.º 89 do código deontológico dos enfermeiros no respeito pela humanização dos cuidados e o art.º 88 da excelência do exercício pela procura de aumentar conhecimentos, reconhecimento de atualização de práticas e saberes no serviço, bem como a melhoria e adequação das mesmas, adequando ainda, as normas de qualidade às situações das crianças.

A situação de prematuridade exige uma avaliação constante, rigorosa e monitorização regular ao longo de cada turno, dos parâmetros físicos e fisiológicos, aliada a apoio constante dos pais. Os conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e sobre o processo de parentalidade foram mobilizados para avaliar, planear e executar cuidados. Acrescenta que os cuidados de afeto na promoção da vinculação, foi um aspeto central de dedicação pessoal da mestranda. Cuidar da criança é também cuidar dos pais e apoiá-los no processo de transição para a parentalidade. O nascimento de um filho faz parte do ciclo de vida de uma família (Buss, 2000), mas pode ser uma fonte de stresse pelas exigências de prestação de cuidados, reorganização

individual, conjugal, familiar e profissional que envolve (Canavarro & Pedrosa, 2005, *et al.*, como citado por Moura - Ramos & Canavarro, 2007).

Estudos realizados sobre a parentalidade perante o nascimento de um prematuro revelam que os pais atravessam um processo de enorme sofrimento, sentimentos de culpa, ansiedade, depressão, fúria, impotência, receio da morte do bebé e de sobrevivência do bebé (Eriksson & Pehrsson, 2002, 2005; Pedrosa *et al.*, 2005; Van der Pal, *et al.*, 2007; como citado por Baião, 2009). Neste contexto, apoiar a parentalidade é primeiro que tudo, entender o processo de transição que os pais atravessam para que o processo de parceria de cuidados de enfermagem seja adequado para a tríade de cuidados.

O diagnóstico de enfermagem deve basear-se nas características positivas e capacidades parentais (Heaman, *et al.*, 2006, como citado por Lopes, Catarino & Dixe, 2010), o planeamento dos cuidados deve centrar-se nos pais, valorizar as suas escolhas (Fielden & Gallagher, 2008, como citado por Lopes, Catarino & Dixe, 2010) bem como, introduzir outros focos de atenção de forma faseada e positiva que o profissional de saúde considere importante (Benzies, *et al.*, 2008, como citado por Lopes, Catarino e Dixe, 2010).

As situações de instabilidade hemodinâmica no prematuro foram meios de adquirir competências em “saber fazer” e simultaneamente numa reflexão sobre o respeito pela vida humana e a procura em salvaguardar a vida tal como prevê o art.º 82 do código deontológico da OE.

O período de ensino clínico no serviço, por pertencer a um hospital com uma afluência populacional elevada, permitiu contactar com culturas distintas, potenciando reflexões da prática de cuidados. Existiram situações no serviço que exigiram cuidados culturalmente congruentes sensíveis às origens culturais e necessidades da pessoa/ família tal como defendeu Leininger em 1991 na sua Teoria de Cuidado Cultural (Moura, Chamilco & Silva, 2005; Wehbe-Alamah & McFarland, 2015). Existiu uma situação marcante de dois gêmeos e pais de etnia africana, que permitiram uma reflexão mais aprofundada sobre cuidados de enfermagem culturalmente congruentes. No exemplo desta família, as intervenções de enfermagem da mestranda sobre os cuidados antecipatórios eram direccionadas para a mãe, porque para a cultura desta família, é esperado e reconhecido à mãe todos os cuidados à criança. Acrescenta sobre esta situação que os cuidados culturalmente congruentes são um dever deontológico previsto no art.º 79 do código deontológico da OE.

Neste serviço, aliado à situação de prematuridade estão a necessidade de intervenções de enfermagem que incluem procedimentos dolorosos. Por este facto e considerando a dor como quinto sinal vital (DGS, 2003) os procedimentos dolorosos são um fator de stresse para o bebé, exige dos enfermeiros a prevenção da mesma pela minimização do número de procedimentos dolorosos ou stressantes; proporcionando o alívio da dor efetivo com uso de medidas ambientais, comportamentais e farmacológicas, pensando na qualidade de vida do neonato e no seu desenvolvimento neurológico (Christoffe, 2009). Neste sentido, ao longo do estágio adquiriu conhecimento e aplicou as escalas protocoladas no serviço de avaliação da intensidade da dor: como a escala de *N-Pass* (*Neonatal-Pain, Agitation and Sedation Scale*) para recém-nascidos ventilados, escala de *NIPS* (*Neonatal Infant Pain Scale*) para avaliação de dor aguda para recém-

nascidos com idade gestacional à nascença e corrigida igual ou superior a 24 semanas até 36 semanas, a escala de *Edin (Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau né)* para recém-nascidos com 25 semanas ou mais de gestação à nascença e idade corrigida, e a escala de PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) utilizadas para avaliar a dor em procedimentos dolorosos. Monitorizando a avaliação da dor adotou medidas não farmacológicas da dor (gerindo o ambiente físico e providenciando medidas de conforto de forma a restaurar a autorregulação e reorganização do recém-nascido) e medidas farmacológicas protocoladas. Realça que procedeu inúmeras vezes a medidas de contenção/ conforto, massagem toque terapêutico, imobilização com o “ninho”, a “mão”, fralda e sucção não nutritiva e a gestão da administração de sacarose oral, utilizada para punções, como colheitas de sangue e vacinação, administrando conforme protocolado no serviço, dois minutos antes dos procedimentos dolorosos permitindo simultaneamente a sucção na chupeta (para as crianças com reflexo de sucção).

Verificou a importância para o recém-nascido de estar em contenção para a sua sensação de segurança e conforto, visível pelo seu comportamento. As manifestações de dor são refletidas pelos estádios de sono/alerta, vocalizações, expressão facial, coloração da pele, movimentos corporais e até alterações fisiológicas como a diminuição de saturação de oxigénio, variações de frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e temperatura, visível nos monitores presentes na unidade de cada prematuro. Ao longo dos turnos desenvolveu competências na avaliação e interpretação destes valores e a atuar em consonância com os mesmos para aumentar o bem-estar do recém-nascido e dos próprios pais quando estes estavam presentes.

De entre todos os cuidados na manipulação dos prematuros, também realizou atendimento telefónico aos pais, para esclarecer dúvidas sobre os cuidados no domicílio após saída recente de situação de internamento. Apesar da preparação da alta começar desde o início do internamento, esta constituiu-se num momento de educação para a saúde centrada no reforço de ensinamentos e habilidades para os pais, pela transmissão de orientações antecipatórias desde cuidados na amamentação, prevenção de acidentes, promoção da vinculação, estratégias de alívio de stress para os pais e prematuro.

Pôde junto da enfermeira cooperante realizar altas e admissão de neonatos (fornecendo informação aos pais sobre a dinâmica e funcionamento do serviço (horário, higienização à entrada e saída do serviço), fornecimento e explicação do cartão de visita para os pais e guia de acolhimento, explicação da unidade em que o filho se encontra, de todo aparelho tecnológico envolvente (monitor, ventilador, bombas e seringas infusoras, elétrodos, cateteres), situação clínica do recém-nascido e sua aparência abordando os pais com disponibilidade, calma e permitindo a expressão de dúvidas e sentimentos e incentivar o toque sem forçar, como forma de potenciar a vinculação.

A mestrandia incentivou os pais a interagir de forma positiva com os seus filhos internados, promoveu e incentivou o toque dos pais ao filho mesmo dentro da incubadora, a prestar cuidados, a manusear o recém-nascido sem medo, ensinando ainda a manusear os diversos materiais da unidade do filho e acima de tudo, deu o “tempo” e “espaço” necessário aos pais para conseguirem envolverem-se no processo de vinculação com os filhos, sem “pressionar”, de forma a respeitar a individualidade e dinâmica de cada família.

Para os bebés mais autónomos, isto é, sem aparelhos de ventilação, os pais foram incentivados a dar colo e a prestar cuidados, como por exemplo o banho. Estes cuidados foram oportunidades para a preparação da alta, ensinando sobre prevenção de acidentes, posicionamentos para prevenir a morte súbita, a utilização do método de “canguru”, incentivo da amamentação e suas vantagens e encorajando as mães/ pais aquando de dificuldades na interação, realçando formas de responsividade dos pais necessárias para um recém-nascido, como a presença dos pais, o toque, o cheiro da mãe, o som da voz, etc.

Contributos para o exercício da parentalidade e promoção da relação entre pais e filhos:

1. Proposta e realização de sessão de grupo para pais (apêndice M) para a promoção da parentalidade positiva, promoção da vinculação e atividades promotoras do desenvolvimento infantil.

2. Proposta e elaboração de um póster (apêndice N) sobre a importância da vinculação no recém-nascido com base na parentalidade positiva.

A sessão de educação para a saúde em grupo que realizou aos pais no serviço de neonatologia no dia 16 de março de 2015, constituiu-se numa forma de promover a vinculação, promover estratégias de esperança realista sobre a interação com prematuros.

O planeamento da sessão (apêndice O) contemplou a partilha de medos e de expectativas, cada pai e mãe no início da sessão pode escrever num papel expectativas e medos, dos quais livremente partilharam em grupo. Este método permitiu quebrar o “gelo” e responder às necessidades sentidas pelos pais.

Os pais mostraram ao longo de toda a sessão vontade em exprimir os seus medos e anseios e no final mostraram-se agradados sobre a dinâmica adotada, pelo facto de identificarem medos comuns e puderem partilhar sentimentos e expectativas idênticas.

Os pais revelaram muito agrado e até interesse em mais sessões de grupo sobre o exercício da parentalidade, justificado pela sensação de “se sentirem mais compreendidos e apoiados” (apêndice P).

3.3.2 – Serviço de Pediatria

No serviço de pediatria a mestrandia constatou o que diversos autores referem sobre os sentimentos que a criança/ família podem desenvolver numa situação de internamento.

Procedeu conforme recomendado na díade criança/ família de forma a minimizar o mais possível a condição de internamento, por exemplo solicitou sempre aos pais o consentimento para os procedimentos de enfermagem, conforme refere Jorge (2004, como citado por Carneiro, 2010), possibilitando que estes tivessem um papel de mediadores no processo terapêutico da criança.

Nas diferentes abordagens com os pais, foi sensível às fases que a família atravessa perante uma situação de diagnóstico de doença.

Os pais atravessam um período de stresse associado a alguns sentimentos de culpabilização, depressão e exaustão. A mestranda constatou as conclusões de *Lewandow-Sky* (1988), *Marques* (1991), *Rolland* (1984) e *Jorge* (2004) como citado por *Carneiro* (2010), que durante o processo de doença existem modificações nas tarefas parentais inerentes. Numa primeira fase a família quer aprender a gerir a dor, a incapacidade, os procedimentos terapêuticos e adaptar-se ao ambiente hospitalar. Numa segunda fase a família perante um diagnóstico exato, tratamento e cura, aceita a situação de doença, reorganiza-se criando mecanismos de *coping*. Assim para minimizar na criança/ jovem/ família os procedimentos e rotinas inerentes ao contexto de internamento, a mestranda aproveitou para facilitar a expressão de sentimentos, realizar ensinamentos, treino e supervisão de habilidades.

A mestranda destaca que a promoção da saúde foi mobilizada constantemente para alcançar a máxima autonomia da criança/ jovem e sua família/ cuidador, envolvendo-os numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida e na saúde (WHO, 1986). Por isso a mestranda atuou, tal como referido no RPQCEESCJ (OE, 2011) na promoção da saúde, criando momentos e aproveitando oportunidades para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, orientando a informação para cuidados antecipatórios às famílias.

No contacto com jovens internados facilitou a expressão de emoções, com maior incidência nas situações que acompanhou de tentativa de suicídio, tendo reforçado a capacidade do jovem de se perceber de forma positiva, negociando ainda, um contrato de saúde para a adoção de atitudes responsáveis sem, no entanto, ter uma postura “paternalista”, para que o jovem se sentisse crescido, ouvido e acompanhado.

Comunicar com a criança e família/ acompanhante exigiu habilidades que foram treinadas nos contextos de ensino clínico, transformando essas habilidades (postura, atitude corporal, gestos, distância, contacto visual, a expressão facial, a voz, o silêncio, a aparência geral e o toque) em atitudes facilitadoras do cuidar na prestação de cuidados (*Phaneuf*, 2005, como citado por *Zangão*, 2014). Foi também muito útil na prática clínica recorrer ao guia de orientação de boas práticas da OE sobre as reações ao stresse, ansiedade, medos normais e mais frequentes de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança.

A mestranda operacionalizou as estratégias recomendadas pela OE, recorrendo com frequência a massagem infantil (presente no parecer n.º 6/ 2012 de OE); o uso do brinquedo terapêutico dramático; uso da brincadeira lúdica; a técnica de distração; ensino aos pais e a jovens sobre técnica de relaxamento; ensino de estratégias de confronto (auto - instrução e pensamento positivo); contrato comportamental (ajudando a criança a identificar e reconhecer um comportamento de colaboração com respeito e elogio) e a utilização constante da técnica de estimulação cutânea, pelo toque terapêutico (*palming* e massagem).

Acrescenta que neste período de ensino clínico, a mestranda interveio em situações de maus tratos. Foram momentos que exigiram uma envolvimento e dedicação acrescida, de forma a conseguir acompanhar e encaminhar toda a família (criança /jovem e prestadores/ pais).

Para prestar cuidados de qualidade, a mestranda realizou pesquisa na literatura e legislação sobre esta temática, bem como discussão em equipa sobre cuidados de qualidade perante esta problemática.

O acompanhamento destas situações permitiu um aumento de conhecimentos e aquisição de competências nesta área específica de atuação, como a avaliação e procedimentos na prática clínica numa situação de risco e/ ou perigo de maus tratos. Destaca o Despacho n.º 31292/2008 de 5 dezembro do Diário da República, como uma “ferramenta” de trabalho pela informação que disponibiliza nesta área, com normas de boas práticas de atuação e recomendações sobre a comunicação com a criança e pais. Colheu dados sobre os fatores de risco e de proteção da criança e família e atuou com intervenções autónomas junto da criança e dos pais, bem como com intervenções interdependentes, com a assistente social e restante equipa.

Perante esta experiência, a mestranda e colega de mestrado presente no mesmo ensino clínico e respetivos enfermeiros cooperantes decidiram de forma unânime, **elaborar um estudo de caso sobre os maus tratos** (apêndice Q) e apresentar a toda a equipa de enfermagem (do serviço internamento, urgências e consultas externas de pediatria) desenvolvendo experiência como formadora (anexo III) e, principalmente, contribuindo para uma reflexão com toda a equipa sobre a problemática dos maus tratos na criança/ jovem/ família.

Esta apresentação (anexo II) teve por base os padrões de qualidade da OE e melhoria dos cuidados, contribuindo assim para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade, acrescida a um processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica que o serviço de pediatria estava em processo de execução.

A apresentação (apêndice M) constituiu-se numa experiência de aprofundamento de conhecimentos com reflexão na melhor ação da prática clínica sobre uma situação de suspeita de maus tratos, perante os pais e a criança.

Contributos para o exercício da parentalidade e promoção da relação entre pais e filhos:

Ao longo do período de ensino clínico verificou a não existência de documentos específicos nesta área de atuação. Com o exposto, após questionar a viabilidade das propostas na equipa multidisciplinar do serviço de pediatria, apresentou:

1 - Proposta e elaboração de dois pósteres sobre as atividades promotoras do desenvolvimento infantil do lactente (zero aos 12 meses) para a sala de espera das consultas externas do serviço de Pediatria (apêndice N).

2 - Proposta e elaboração de um manual de ensino sobre parentalidade positiva e atividades promotoras do desenvolvimento infantil dos zero aos 6 anos, incluindo dois folhetos, um dos zero aos 12 meses e outro dos 18 meses aos 6 anos (apêndice R).

Este manual foi validado em reunião com a enf.^a chefe e cooperante e passou a integrar o manual de ensinos do serviço (tendo sido atribuído a este tema o item número 4.4.32 – proposta que seguiu para o serviço de gestão de qualidade).

3 - Elaboração e entrega de documento para o serviço de informática, centrado no foco parentalidade, com diagnósticos e intervenções que revelem resultados de enfermagem. (apêndice S).

Verificou que o sistema informático *Sclínico* contempla o conhecimento dos pais sobre a alimentação, higiene pessoal, eliminação, atividade lúdica, vigilância de saúde e situações de risco, sendo que o juízo sobre os conhecimentos dos pais se resumia a Não demonstrado ou demonstrado em vários graus (reduzido, moderado, elevado e muito elevado), existindo apenas quatro intervenções parametrizadas no serviço de Pediatria (anexo II), três referentes à avaliação do comportamento de adesão da criança, pais e utente e uma intervenção sobre a promoção da expressão de sentimentos. À luz do ICN, a intervenção de enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de enfermagem (CIE, 2009) pelo que perante os diagnósticos sobre o fenómeno da parentalidade presente no *Sclínico* do serviço de Pediatria, a mestranda concluiu que as intervenções existentes revelaram-se insuficientes não contemplando todas as dimensões do foco parentalidade.

No documento apresentado foi feita uma proposta de alteração na dimensão “juízo”, de forma a esta, passar apenas o diagnóstico como demonstrado ou não demonstrado. O motivo para esta alteração está relacionado com a média de internamento reduzido de três dias, dificultando a classificação e objetivação da dimensão “juízo” em vários graus.

4- Duas sessões para os pais no serviço de Pediatria. Sessões que foram planeadas (Apêndice O) e realizadas nos dias um e três de julho para os pais que se deslocaram ao serviço de consultas externas para vigilância do desenvolvimento, sem situação de doença.

A primeira sessão teve como tema a alimentação saudável no adolescente versus transtornos alimentares. Esta temática surgiu no seguimento de uma proposta da enfermeira chefe numa reunião de equipa de enfermagem, referido a necessidade de uma sessão com o tema de alimentação saudável e as consequências de transtornos alimentares na qualidade de vida dos jovens, como forma de o serviço assinalar as comemorações do dia mundial da criança. Neste contexto a mestranda teve a iniciativa de se propor e aceitar o desafio, tendo posteriormente validado os conteúdos da apresentação com o enfermeiro cooperante e a própria enfermeira chefe.

Acrescenta que para poder dar uma resposta multidisciplinar na apresentação aos pais convidou atempadamente a psicóloga do serviço a estar presente na apresentação e intervir se pretendesse.

A segunda sessão foi sobre a parentalidade positiva, vinculação e atividades promotoras do desenvolvimento infantil dos zero aos seis anos de idade.

Os pais revelaram muito interesse e motivação em conhecer os princípios da parentalidade positiva, promoção do vínculo e atividades promotoras do desenvolvimento, consideraram um tema pertinente que desconheciam (apêndice M). Inclusive levantaram questões sobre uma educação parental promotora do desenvolvimento, o estabelecimento de limites em situações de birras, atividades lúdicas, a importância do sono ao longo dos primeiros 6 anos de vida. Foi desenvolvido um debate rico em troca de experiências de pais para pais.

Na sessão sobre alimentação saudável os pais e adolescentes levantaram várias questões sobre a temática, e na avaliação de sessão consideraram um tema atual, com muita importância e para o qual deveriam estar despertos (apêndice P).

3.3.3 – Serviço de Urgência Pediátrica

No serviço de urgência pediátrica pôde aplicar conhecimentos sobre doenças comuns e implementar respostas adequadas através da experiência adquirida no ensino clínico.

No que concerne às principais causas que motivaram os pais a recorrer ao serviço de urgência pediátrica, destacam-se os problemas do foro respiratório e gastrointestinal, tais como a dificuldade respiratória, obstrução nasal, tosse seca/ produtiva; febre persistente; recusa alimentar, vômitos, diarreia, desidratação; otites; amigdalites; infeções urinárias e erupções cutâneas.

Teve em consideração na prática clínica a pessoa/ criança como ser biopsicossocial e cultural, adotando respostas mais adequadas e individualizadas possíveis, dentro das limitações físicas do serviço.

Nas situações de doença mais graves, com maior prostração da criança, como foram casos de anorexia continuada ou febre arrastada, colaborou no processo de transferência para o internamento.

Perante várias situações de doença necessitou de priorizar intervenções conforme as necessidades da criança/ jovem e família, melhorando a intervenção atempada ao longo do ensino clínico. Para tal teve de pesquisar e atualizar conhecimentos sobre doenças e formas de atuar, quer na literatura, quer nos manuais de procedimentos do serviço de urgência.

Pôde acompanhar várias situações de stresse sentidas pelos acompanhantes/ pais, perante a situação de doença dos filhos e também relacionadas com o tempo de espera.

A mestranda vivenciou a experiência de que uma comunicação assertiva, pela escuta ativa e relação empática, foram muito úteis na redução do stresse parental. Treinou por isso, a capacidade em gerir o stresse dos pais ou acompanhantes das crianças/ jovens.

Colaborou na gestão dos cuidados no serviço desde a triagem, sala de tratamentos, cuidados a prestar a crianças/jovens em macas e na Unidade de Internamento de Curta Duração.

As intervenções de enfermagem na sala de triagem foram sentidas como de enorme responsabilidade, por corresponder à primeira avaliação da situação clínica da criança/ família e avaliação da sua prioridade no tempo de atendimento. A mestranda verificou que prestar cuidados na triagem requer conhecimentos sobre a identificação de situações críticas para a vida e de um modo geral sobre fisiopatologia, sendo também necessário uma grande capacidade de tomar decisões, algo que a mestranda teve oportunidade de adquirir parcialmente com alguma autonomia supervisionada.

As atividades desenvolvidas neste período de ensino clínico foram relevantes para a aquisição de aprendizagens, destacando a semiologia na deteção de pequenos sinais/ sintomas de doenças comuns na criança, a avaliação das características respiratórias, como por exemplo o

reconhecimento de sons como o gemido enquanto dificuldade respiratória, a identificação de características de uma criança com febre e a identificação de um quadro de dificuldade respiratória.

Conclui que neste serviço o facto de prestar cuidados em todas as valências relacionadas com o serviço de urgência, desde a admissão, o encaminhamento até à alta; a observação clínica na triagem e a prestação de cuidados na sala de tratamentos e Unidade de Internamento de Curta Duração constituíram-se em experiências nas quais aplicou os conhecimentos de enfermagem de saúde da criança e do jovem, treinando habilidades ao nível técnico e consolidado saberes na adequação de terapêuticas pela repetição de situações, contribuindo para uma maior autonomização e segurança.

Reflete também que o elevado número de “falsas urgências” que consomem os recursos existentes dificulta a prestação de cuidados com qualidade. Este facto abordado e refletido com o enfermeiro cooperante, levou a mestranda a atuar na prevenção e promoção para a saúde junto dos pais individualmente, sobre os sinais e sintomas que devem conduzir efetivamente os pais ao serviço de urgência, sensibilizando para os ganhos para a criança e para os pais de uma procura racionalizada e adequada. Por vezes foi notório a dificuldade de alguns pais em perceber a verdadeira função do serviço de urgência, aspeto este que foi negociado pela escuta ativa sobre as suas experiências na utilização dos CSP e forma de o fazer.

No atendimento a pessoas de etnia cigana esta negociação na correta utilização dos serviços de urgência foi mais difícil, contudo, no planeamento de cuidados a crianças e jovens desta etnia a negociação com os pais foi, por norma de colaboração, percebendo que prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes exige uma colheita de dados e observação criteriosa e individualizada.

Conclui por isso, que atuar simultaneamente nas componentes comportamentais, afetivas e cognitivas dos pais (Cruz, 2013) é a forma mais completa de apoiar a parentalidade nas suas dimensões.

A mestranda teve como prioridade adequar a sua intervenção ao “mundo” da criança/ jovem, habilidades recomendadas no guia de boas práticas da OE que treinou ao longo do seu estágio.

Conclui que realizou as atividades propostas no projeto de estágio, pela aplicação de saberes declarativos, procedimentais e treino de habilidades, que permitiram o desenvolvimento de competências em contexto clínico, corroborando as conclusões de Serrano (2008).

4 – CONCLUSÕES GERAIS

A experiência adquirida na prática clínica guiada pelo Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* permitiu atingir os objetivos propostos, nomeadamente ao melhorar e aprofundar o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira e mestranda em Enfermagem da área de Saúde da Criança e do Jovem.

A RSL enquanto metodologia de investigação permitiu conduzir a uma questão de investigação e obter respostas sobre o “estado da arte” da enfermagem e a interação entre pais e filhos potenciadora do desenvolvimento infantil.

A PBE sobre a problemática deste trabalho revela que existe a necessidade de mais investigação nesta área, sugerindo, que as estratégias de intervenção de enfermagem no apoio do exercício da parentalidade passem por programas para grupos de pais, viáveis em contexto domiciliário e/ ou escolar.

Neste contexto, os cuidados prestados pela mestranda na prática do ensino clínico, sobre o apoio na parentalidade em grupo de pais, divulgando a parentalidade positiva, a promoção da vinculação e as atividades promotoras do desenvolvimento da criança revelam-se enquadrados na PBE. Verificou inclusive, que no contexto de ensino clínico hospitalar, a realização de sessões para os pais em grupo são uma forma de apoiar a parentalidade viável com opinião positiva dos mesmos. Pelo que, a mestranda sugere que a realização de sessões de grupo para pais sobre esta temática, em contexto hospitalar pode ser vantajoso para a criança/ jovem/ família.

Como limitações deste trabalho, a mestranda aponta a existência de apenas dois artigos desta RSL, o que revela a necessidade de mais estudos nesta área.

Conclui com base nas experiências profissionais e pessoais proporcionadas pela praxis do ensino clínico que para ir ao encontro de uma prática clínica de excelência no apoio à parentalidade e consequentemente do próprio desenvolvimento infantil, são necessários mais estudos sobre a aplicabilidade de programas para pais e a avaliação dos resultados enquanto ganhos para a saúde.

O percurso desenvolvido de reflexão sobre a prática permitiu uma construção de saberes (ser, fazer e estar), próprios da Enfermagem da área de Saúde da Criança e do Jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, C. (2009). *Comportamentos interativos maternos e envolvimento da criança*. Braga: Fundação Caloust Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1276-1.

Albuquerque, M. I. N., Coimbra, M. I. E. S., Grilo, A. C. C. & Camarneiro, A. P. F. (2009). *Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebé*. Referência. II Série, (9), pp.15-26.

Amaral, R. (2015). *Parentalidade e Resiliência na família com crianças "identificadas" através de diagnóstico*. IV Seminário da ELI Alcanena/Torres Novas.

Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F. & Filipe, D. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem. Expressões e significados*. Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Ação de Santarém. Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/88>

Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International: Oxford University Press, 11 (1), pp. 11-18.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2009). *Caring for your Baby and Young Child: Birth to age 5*. American Academy of Pediatrics. ISBN: 978-0-553-38630-1.

Baião, R. D. M. (2009). *Stress Parental e Prematuridade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade de Lisboa, Portugal.

Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Scalzo, K., & Wake, M. (2010). *Three-year-old outcomes of a brief universal parenting intervention to prevent behaviour problems: randomised controlled trial*. *Archives Of Disease In Childhood*, 95 (3), pp. 187–192. Acedido em <http://doi.org/10.1136/adc.2009.168302>

Baumrind, D. (1989). *Rearing competent children*. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 349-378.

Budd, K. (2005). *Assessing parenting capacity in a child welfare context*. *Children and Youth Services Review*, 27, pp. 429-444.

Buss, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 163-177.

Brazelton, T. B. (1988). *Dar atenção à criança*. Mem Martins: Terramar. ISBN: 972 710 055-4.

Brazelton, T. B. (1999). *How to help parents of young children: the touchpoint model*. Journal of Perinatology, 19, (6), S6, S7.

Brazelton, T.B. & Cramer (2001). *A Relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-083-X.

Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2003). *The touchpoints Model of development*. Acedido a setembro, 11, 2015, em http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf

Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., & Tucker, S. (2012). *The Chicago Parent Program: comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children*. Research In Nursing & Health, 35 (5), pp. 475–489. Acedido em <http://doi.org/10.1002/nur.21489>

Casey, A. (1993). *Development and Use of de Partnership model of nursing care*. Advances in Child Health Nursing, pp. 183-193.

Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Journal of Advances Nursing, 22, pp. 1058-1062.

Casey, A., Mobbs, S. (1988). *Partnership in practice*. Nursing Times, 84, pp. 67-68.

Carondo, E. M. (2006) *Formação profissional de enfermeiros e o desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Portugal. Acedido a março, 7, 2015 em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>

Carneiro, S. G. (2010). *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade de cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Abel Salazar: Universidade do Porto, Portugal.

Cêpeda, T., Brito, I. & Heitor, M. J. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS (2009). *Os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf

CONSELHO DA EUROPA (2006). *Construir uma Europa com e para as crianças*. Brochura.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Tabelas CIPE - Versão 2013*. Acedido a novembro, 12, 2015, em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_2013_TabelasAtualizadas.pdf

Conde, A., Figueiredo, B. (2007). *Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto*. *Análise Psicológica*, 25 (3), pp. 381–398.

Costa, J. S. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. *Millenium on-line*, pp. 234-51. Acedido a novembro, 28, 2015, em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/>

Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª ed. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-5137-6.

Christoffe, M. M. (2009). *Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o Estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos*. In VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Teresina, Junho, 2009. Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido. em <http://abenfopi.com.br/vicobeon/MREDONDAS/mc.pdf>

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

Damáσιο, A. (2005). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro Humano*. 24ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Diaz, Z. M.; Fernandes, S. G. C. M. & Correia, S. (2014). *Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia*. Artigo de Investigação. *Revista de Enfermagem de referência*, IV (3), pp. 85-93.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003). Circular normativa n.º 9 de 14 de junho. A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da dor. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal.

DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril do Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Acedido a dezembro, 10, 2014 em <http://docplayer.com.br/6324031-Regulamento-do-exercicio-profissional-dos-enfermeiros-decreto-lei-n-o-161-96-de-4-de-setembro-alterado-pelo-decreto-lei-n-o-104-98-de-21-de-abril.html>

DESPACHO n.º 31291/2008 de 5 de dezembro do Ministério da Saúde. Diário da Republica: II Série, n.º 236. Acedido a abril, 5, 2015, em http://WWW.cnpqjr.pt/7preview_documentos.asp?r=2217&m=PDF

Dixe, M. A., Catarino, H., Lopes, M. S. O. C. (2010). *Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura*. From <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/311>

DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO DA PSICOLOGIA (2008). Lisboa: Edições Texto e Grafia, Lda. ISBN: 978-989-95884-0-0.

Farrell, M. (1992). *Partnership in Care: Pediatric Nursing model*. British Journal of Nursing. 1 (4), pp. 175-176.

Galvão, C. M. (2006). *Níveis de Evidência*. Acta Paul Enfermagem. 19 (2), V.

Garcia, T. R. & Nóbrega, M. M. L. (2009). *Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 13 (1), pp. 188-193.

Gomes-Pedro (2015). *Fundação Brazelton/Gomes-Pedro*. Acedido a outubro, 10, 2015 em <http://fundacaoobgp.com/touchpoints>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2013). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2011). *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – Versão 2*: Genebra.

Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T. & Zapart, S. (2011). *Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial*. *Archives Of Disease In Childhood*, 96 (6), pp. 533–540. Acedido em <http://doi.org/10.1136/adc.2010.196279>

Landry S.H., Smith K.E., Swank P.R., Assel M.A. & Vellet S. (2001). *Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?* *Developmental Psychology*. 37 (3), pp. 387-403.

Leandro A. In Maia, L. (2015). *Educar sem bater – Um guia prática para pais e educadores*. Lisboa: Pactor. ISBN: 978-989-693-007-3.

LEI n.º 111/2009. DIÁRIO DA REPÚBLICA 1ª Série n.º 193 de 16 de setembro de 2009: Código Deontológico replicado nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.

Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10563>

Marques, C., Cepêda, T. (2009). *Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN: 978-989-96263-2-4.

Marques, C., Torrado, M., Natário, A. & Proença, M.J. (2006). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria na Infância e na Adolescência*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central dos Sistemas de Saúde. Acedido a outubro, 11, 2015, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf

Martins, C. A. (2013). *A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Doutoramento: Universidade de Lisboa, Portugal.

Melo, E. M. O. P., Ferreira, P. L., Lima, R. A. G. de, & Mello, D. F. (2014). *The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22 (3), pp. 432–439. Acedido em <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>

Mendes, M. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, III (6), pp. 113-121. Acedido a junho, 4, 2015, em

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100011&lng=pt&lng=pt. 10.12707/RIII1144

Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). *Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto*. *Análise Psicológica*, 25 (3), pp. 399-413.

Moura, M. A. V., Chamilco, R. A. S. I. & Silva, L. R. (2005). *Transcultural theory and its application in some research of nursing: a reflection*. *Escola Anna Nery*, 9 (3), pp. 434–440. Acedido em <http://doi.org/10.1590/S1414-81452005000300012>

Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2011). *Importance of interpersonal relationship of the nurse with the family of hospitalized children*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (2), pp. 254–260. Acedido em <http://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200006>

Myers, R. (1992). *Um tempo para a infância - Os Programas de Intervenção Precoce no Desenvolvimento Infantil nos Países em Desenvolvimento: Projecto Sobre a Criança e o Meio Ambiente Familiar 1990-95*. Centro Unesco do Porto. ISBN 972-8059-08-6.

NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT (2006). *The Nichd Study of Early Child Care and Youth Development*. Acedido a outubro, 12, 2015, em https://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/seccyd_06.pdf

Neto, C. (2015). *Constrangimentos e perspetivas do jogo e atividade motora no desenvolvimento da criança*. IV Seminário da ELI Alcanena/Torres Novas.

Nosikov, A. & Gudex, C. (2003). *Developing Common Instruments for Health Surveys*. WORTH HEALTH ORGANIZATION: EUROHIS. ISSN: 0929-6743.

NURSING THEORY (2013) *Web Site*. Acedido a fevereiro, 20, 2015, em <http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Série I (3).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) *PARECER n.º 6 Formação sobre massagem para pais com filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). *Guia orientador de boa prática estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série I, 6. Braga: Artes Gráficas.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal.

OTTAWA (1989). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. Primeira Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1. Acedido a fevereiro, 20, 2015, em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2008). *Desenvolvimento Humano*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 0-07-232139-3.

Papoila, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da criança: da infância à adolescência*. 11ª ed. São Paulo: McGraw-Hill. ISBN: 978-85-7726-041-6.

Parenting skills. (2015). Acedido a outubro, 7, 2015, em <http://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills>

Pinto, M. (2009). *Vigilância do Desenvolvimento Psicomotor e Sinais de Alarme*. Acedido em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1584>

REGULAMENTO N.º122/2011.Diário da República. 2ª Série. N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011 – *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista*, pp. 8648-8653.

REGULAMENTO n.º 123/2011. Diário da República. 2ª Série. N.º35 de 18 de fevereiro de 2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, pp. 8653-8655.

Riley, J.B. (2004). *Relação enfermeiro/cliente: uma relação de ajuda. Comunicação em Enfermagem*, (4), Loures: Lusociência.

Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). *Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), pp. 137–146. Acedido em <http://doi.org/10.12707/RIV14023>

Rodrigues, N. A. C. (2012). *Contratos de Aprendizagem em Enfermagem: uma mais-valia para os estudantes*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Rua, M. S. (2009). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino Clínico*. Tese de Doutoramento: Universidade de Aveiro, Portugal.

S.A, P. I. (s.d.). Significado / definição de contingente no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Acedido a dezembro, 13, 2015, em <http://www.priberam.pt/dlpo/contingente>

S.A, P. I. (s.d.). Significado / definição de responsiva no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Acedido a dezembro, 13, 2015, em <http://www.priberam.pt/dlpo/resposiva>

Sá, E. (2013). *Queremos melhores pais!* 2ª ed. Lua de Papel: Alfragide. ISBN: 978-989-23-2491-3.

S.A, P. I. (s.d.). Significado / definição de responsivo no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Acedido a dezembro, 13, 2015, em <http://www.priberam.pt/dlpo/responsivo>

Santos, M. J. S., Pereira, M. A., Azevedo A., Homem, T. C., Major, S. O., Pimentel, M. & Baptista, E. (2015). *Ano incríveis para a promoção da saúde mental*. Ordem dos Psicólogos e a European Semester. Acedido em http://psydes.eu/files/documents/ano_incriveis_para_a_promo_o_da_sa_de_mental.pdf

Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro, Portugal.

Silva, C. S. & Carneiro, M. (2014). *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. Revista de Enfermagem Referência, ser IV (3), pp. 17–26. Acedido em <http://doi.org/10.12707/RIII13143>

Singly, F. (2000). *O eu, o casal e a família*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. ISBN: 972-20-1503-6.

Singly, F. (2011). *Sociologia da Família Contemporânea*. Lisboa: Texto & Grafia. ISBN: 978-989-8285-50-8.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO NEURODESENVOLVIMENTO (s.d.). *O neurodesenvolvimento infantil*. Acedido a novembro, 13, 2015, em <http://www.spnd-spp.com/>

Soares, H. M. (2008) *O Acompanhamento da Família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto, Portugal.

Standtler, A. C., Brandt, K. A., Novak, J. C. & Beauchesne, M. A. (2013). *Reflections on T. Berry Brazelton, MD's Influence on Pediatric Nursing*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* (26), pp. 234-238. ISSN: 1073-6077.

Stillwell, S. B., Fineout-Overholt, E., Melnyk & Williamson, K. M. (2010). *Searching for the evidence Strategies to help you conduct a successful search*. *AJN*. 110 (5), pp. 41-45.

Strommen, E. A., Mckinney, J. P. & Fitzgerald, H. E. (1986). *Psicologia do desenvolvimento: o bebé e a criança pequena*. Rio de Janeiro: Editora Campus, Ltda. ISBN: 85-7001-379-5.

THE INCREDIBLE YEARS® Blog. (2013). Acedido em <https://incredibleyearsblog.wordpress.com/tag/portugal/>

Teixeira, G. (2006). *Transtornos comportamentais na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Rubio editora. ISBN: 85-87600-76-1.

UNICEF (2004). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido a novembro, 20, 2014, em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNESCO (2005). *Políticas para a Primeira Infância: notas sobre experiências internacionais*. Edições UNESCO: Brasília. ISBN: 85-7652-025-7.

Vasconcellos, M., (s.d.). *As fases do desenvolvimento da criança. Dos 0 aos 6 anos*. Revisão de literatura. Acedido a maio, 18, 2015 em <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/fases-desenvolvimento-crianca/fases-desenvolvimento-crianca.pdf>

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Webster-Stratton, C. (2010). *Agressividade em crianças pequenas. Serviços que demonstram eficácia na redução da agressividade*. Acedido a novembro, 12, 2015, em <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/Webster-StrattonPRTxp.pdf>

Webster-Stratton, C. (The Incredible Years Blog). (2013, November, 20). Arquivo em vídeo. Universidade de Coimbra: Anos Incríveis em Debate. Acedido em <https://incredibleyearsblog.wordpress.com/tag/portugal/>

Wehbe-Alamah, H., B. & McFarland, M. R. (2015). *Leininger's culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 3ª ed. New York: McGraw-hill. Acedido em https://books.google.pt/books?id=RtSqCwAAQBAJ&pg=PA31&lpg=PA31&dq=wehbe-alamah+H+B+McFarland+2015+Leininger+Culture&source=bl&ots=XzDfzeyF3B&sig=mW0dxdmPOwvksGIGw06f19W1Nk&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwijaDv_ePLAhXlaxQKHRcYDVQQ6AEIGTAA#v=onepage&q=wehbe-alamah%20H%20B%20McFarland%202015%20Leininger%20Culture&f=false

WHO (2000). *World Health Report*. Genebra: Worth Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO directions*. Genebra: WHO.

WHO-EUROPE (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (s.d.). Acedido a outubro, 7, 2015, em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10%20facts

Wachs, T. D. & Gruen, G. E. (1982). *Early Experience and Human development*. Indiana West: Lafayette. E-ISBN-13: 978-1-4615-9215-0.

Zangão, M. O. B. (2014). *Desenvolvimento de Competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de Cuidar*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Zanetti, S. A. S., & Gomes, I. C. (2011). *A fragilização das funções parentais na família contemporânea: determinantes e consequências*. *Temas Em Psicologia*, 19 (2), pp. 491–502.

APÊNDICES

Apêndice A – Formulação da pergunta PI(C)O

Formulação da pergunta PI(C)O

QUESTÃO PI(C)O	CONCEITOS	PALAVRAS-CHAVE
P (População)	Pais e crianças em idade pré-escolar	<i>Child preschool</i>
I (Intervenção)	Intervenções de enfermagem na promoção das relações entre pais e filhos e da parentalidade	<i>Nurs*</i> <i>Parent-Child relations</i>
C (Comparação)		
O (Outcomes)	Adequado desenvolvimento infantil	<i>Parenting</i> <i>Child development</i>

Emerge a pergunta PI (C) O:

Quais as intervenções de enfermagem (I) nas relações entre pais e crianças em idade pré-escolar (P) para uma parentalidade promotora do desenvolvimento infantil (O)?

Apêndice B - Ordenação das palavras-chave

Ordenação das palavras-chave para a pesquisa na base de dados:

ORDEM	PALAVRAS-CHAVE
1ª	<i>Nurs*</i>
2ª	<i>Parent-Child relations</i>
3ª	<i>Child preschool</i>
4ª	<i>Parenting</i>
5ª	<i>Child development</i>

Apêndice C – Limitadores de pesquisa nas bases de dados

Limitadores de pesquisa nas bases de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
CINAHL Complete	Resumo disponível; prática baseada na evidência; Humano; qualquer autor enfermeiro; sexo feminino e masculino; faixa etária em idade pré-escolar; prática baseada na evidência; texto completo em PDF; Booleano/frase; aplicar palavras relacionadas; texto completo; data de publicação: de dezembro de 2010 a dezembro de 2015
MEDLINE Complete	Resumo disponível; humano; sexo feminino e masculino; criança em idade pré-escolar; booleano/frase; aplicar palavras relacionadas; texto completo; data de publicação: de dezembro de 2010 a dezembro de 2015
Cochrane Central Register of Controlled Trials	Resumo disponível; booleano/frase; aplicar palavras relacionadas; texto completo; data de publicação: de dezembro de 2010 a dezembro de 2015
MedicLatina	Texto completo em PDF; booleano/frase; aplicar palavras relacionadas; texto completo; data de publicação: de dezembro de 2010 a dezembro de 2015

Apêndice D - Critérios de inclusão/exclusão dos artigos

Critérios de inclusão/exclusão dos artigos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
A - Incluídos artigos cuja data de publicação seja entre dezembro de 2010 a dezembro de 2015	A - Excluídos artigos cuja data de publicação seja antes de dezembro de 2010 e depois de dezembro de 2015
B - Incluídos artigos com população alvo seja crianças em idade pré-escolar	B - Excluídos artigos cuja população alvo não inclua crianças em idade pré-escolar
C - Incluídos artigos cujo tema seja sobre as relações entre pais e filhos	C - Excluídos artigos cujo tema não inclui aspetos sobre a relação entre pais e filhos
D - Incluídos artigos cujo tema seja a relação entre pais e filhos saudável	D - Excluídos artigos cujo tema não inclui a relação entre pais e filhos saudável

Apêndice E - Pesquisa nas bases de dados de cada uma das palavras-chave individualmente

Pesquisa nas bases de dados de cada uma das palavras-chave individualmente

PALAVRAS-CHAVE	N.º DE ARTIGOS
1 – Nurs*	3.555
2 - Parent-Child relations	568
3 - Child preschool	40.076
4 - Parenting	796
5 - Child development	2.330

Apêndice F - Pesquisa nas bases de dados do cruzamento das palavras-chave

Pesquisa nas bases de dados do cruzamento das palavras-chave

PALAVRAS-CHAVE	N.º DE ARTIGOS
1 + 2	55
1 + 3	1.221
1 + 4	90
1 + 5	67
2 + 3	521
2 + 4	511
2 + 5	93
3 + 4	709
3 + 5	2.154
4 + 5	140

Legenda das palavras-chave:

1 - *Nurs**

2 - *Parent-Child relations*

3 - *Child preschool*

4 - *Parenting*

5 - *Child development*

Apêndice G – Pesquisa nas bases de dados da conjugação das palavras-chave

Pesquisa nas bases de dados da conjugação das palavras-chave

Palavras-chave	N.º de artigos
1 + 2	55
1 + 2 + 3	51
1 + 2 + 3 + 4	16
1 + 2 + 3 + 4 + 5	3

Legenda das palavras-chave:

1 - *Nurs**

2 - *Parent-Child relations*

3 - *Child preschool*


4 - *Parenting*

5 - *Child development*

Apêndice H - Artigos mediante o cruzamento das palavras-chave e os critérios de inclusão/exclusão

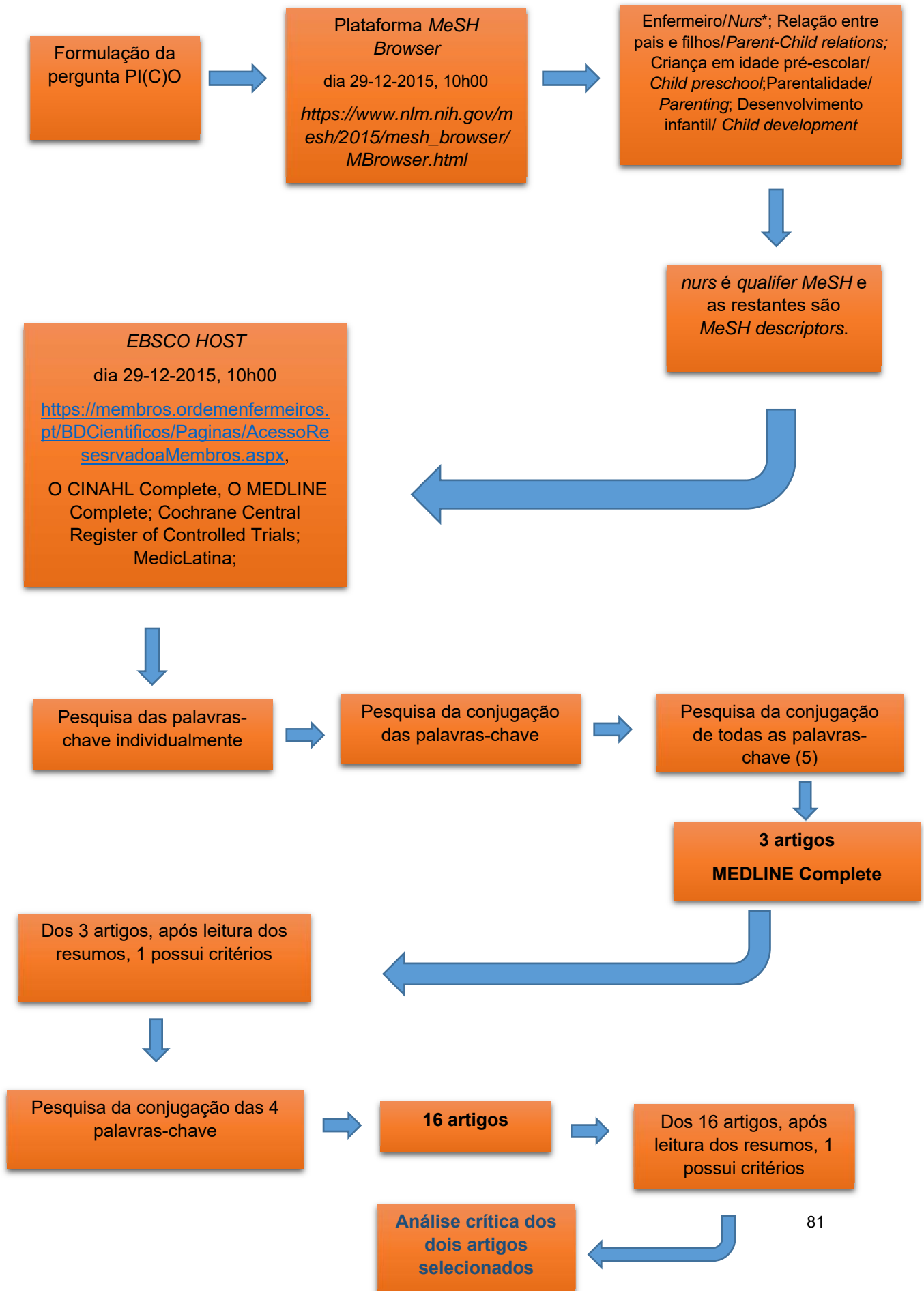
Artigos mediante o cruzamento das palavras-chave e os critérios de inclusão/exclusão

CRUZAMENTO DE PALAVRAS-CHAVE	ARTIGO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO APÓS LEITURA DE RESUMO
1+2+3+4+5	1º - Toilet training in health children: results of a questionnaire study involving parents who make use of day-care at least once a week	Critério de exclusão C
	2º - Upstart parent survey: a new psychometrically valid tool for the evaluation of prevention-focused parenting programs	Critério de exclusão C
	3º - Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial	Possui todos os critérios de inclusão ➔ Leitura
1+2+3+4	1º - Toilet training in health children: results of a questionnaire study involving parents who make use of day-care at least once a week	Mesmo artigo que pesquisa com todas as palavras-chave
	2º - Being a parent of a child with cancer throughout the end-of-life course	Critério de exclusão D
	3º - Predicting Parenting stress in caregivers of children with brain tumours	Critério de exclusão D
	4º - The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress and coping	Critério de exclusão D
	5º - Embracing autism in Canadian rural communities	Critério de exclusão D
	6º - Child and family outcomes of a long term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial	Mesmo artigo que pesquisa com todas as palavras-chave – possui critérios
	7º - Upstart parent survey: a new psychometrically valid tool for the evaluation of prevention-focused parenting programs	Critério de exclusão C
	8º - Post-partum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers and children	Critério de exclusão D
	9º - Predictors of psychological adjustment experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents : children with cerebral palsy	Critério de exclusão D
	10º - Parenting children with hypoplastic left heart syndrome: finding a balance	Critério de exclusão D
	11º - Study protocol for a comparative effectiveness trial of two parent training programs in a fee-for-service mental health clinic: can we improve mental health services to low-income families?	Critério de exclusão C

	12º - An analysis of parental roles during hematopoietic stem cell trasplantation of their off spring: a qualitative and participant observational study	Critério de exclusão D
	13º - We”ve been through it all together”s supports for parents with children with rare trisomy conditions	Critério de exclusão D
	14º - Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of intervations	Critério de exclusão C
	15º - Effects of a father-based in-home intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with autism	Critério de exclusão D
	16º - The Chicago parent program: comparing 1-year outcomes for African American and latino parents of young children	Critério de inclusão C  Leitura

Apêndice I – Esquema do protocolo da metodologia de pesquisa

Protocolo da metodologia de pesquisa:



Apêndice J - Análise crítica dos artigos selecionados

Análise crítica dos artigos selecionados

TÍTULO	<i>Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial</i>
AUTORES	<i>Lynn Kemp, Elizabeth Harris, Catherine McMahon, Stephen Matthey, Graham Vimpani, Teresa Anderson, Virginia Schmied, Henna Aslam, Siggi Zapart</i>
PUBLICAÇÃO	<i>Archives of Disease in Childhood</i> , a 23 de Março de 2011 (96) pp. 533-540
PALAVRAS-CHAVE	A qualidade do ambiente domiciliário para o desenvolvimento da criança (12-24 meses), a interacção entre pais e filhos; criança; desenvolvimento mental, psicomotor e de comportamento aos 18 meses.
MÉTODO	Randomizado controlado
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível 2
OBJETIVOS	Investigar o impacto de um programa de visitas de enfermagem no domicílio a longo prazo, incorporado num sistema de saúde universal à criança para atuar ao nível da saúde, no desenvolvimento e no bem-estar da criança, mãe e família.
CONTEÚDOS	<p>A evidencia científica mostra que a educação pré-natal e pós-natal dos pais através de programa de apoio até pelo menos os dois anos após o nascimento da criança é uma estratégia promissora para resultados maternos e no desenvolvimento infantil, quer ao nível de bem-estar, prevenção de abuso e negligência e comportamento disfuncional.</p> <p>Contudo, existe uma investigação muito limitada nesta área de interesse, quer na Austrália, quer a nível internacional.</p> <p><u>A hipótese de investigação centra-se nos eventuais benefícios do programa em contexto de visitação domiciliária promotor do desenvolvimento infantil.</u></p> <p><u>Os objetivos do programa</u> são centrados na promoção da transição para a parentalidade durante a gravidez, contribuir para que as mães percebam que também é importante cuidar delas enquanto pessoas, contribuir que os pais consigam interagir com os seus filhos e desenvolver formas promotoras da sua saúde e desenvolvimento; Ajudar os pais a desenvolverem aspirações enquanto pais e para os seus filhos; Promover as relações familiares próximas e sociais de forma a permitir um bom relacionamento dentro da família bem como para outros serviços.</p> <p><u>Local do estudo:</u> Área desfavorecida ao nível socioeconómico na área metropolitana de Sydney.</p> <p><u>População do estudo:</u> 208 mulheres grávidas acompanhadas desde as 26 semanas de gestação até aos 2 anos de vida da criança.</p> <p>Acesso ao estudo: qualquer família do serviço de saúde, incluindo famílias com problemas sociais (proteção da criança, educação e habitação) e a famílias oriundas de serviços secundários ou terciários de desenvolvimento infantil, incluindo a visitação domiciliária e o acesso a grupos de pais.</p>

Características dos participantes:

50% das mulheres australianas e 50% de diversos países de todo o mundo. A maioria das mulheres eram casadas (62%), em união de facto (19%) e divorciadas/solteiras/separadas (19%); a maioria com estudos no ensino secundário (83%); a maioria com trabalho a tempo inteiro; 72% das mulheres tinha 1 ou mais filhos.

59% das mulheres não teve problemas psicossociais no período da gravidez. Ao nível de fatores de risco, 50% tinha um e 50% tinha dois ou mais fatores de risco (dificuldades económicas; mães com idade até 19 anos; problemas de ansiedade e depressão; antecedentes de problemas de saúde mental; antecedentes de violência doméstica na infância das mães; história de violência doméstica).

Execução do Programa:

As visitas domiciliárias que duravam entre 60-90 minutos cada, com uma média de visitas de 16,3 (entre 0-52), a maioria das visitas foi durante o primeiro ano de vida da criança.

A estrutura do programa:

Iniciavam-se antes do nascimento do bebé com visitas domiciliárias para que os pais conheçam os objetivos do programa, com intervenção individualizada para as necessidades das mães, habilidades e competências. Posteriormente durante os primeiros 12 meses de vida da criança foi desenvolvido o programa que incluía informações encorajadoras sobre atividades para os pais promoverem o desenvolvimento do(a) filho(a).

As medidas e procedimentos da intervenção foram:

Sobre o ambiente familiar:

Aspetos relacionados com a **prestação de cuidados dos pais**, medidos através da observação em crianças entre um e dois anos.

Interação pais-filhos durante brincadeiras livres (estimulação sensorial dos pais para os filhos, **tipo de parentalidade exercida** e **envolvimento da criança na interação com os pais** através de observação em crianças com 18 meses.

Avaliação do desenvolvimento infantil (mental, psicomotor e comportamental) em crianças com 18 meses através de "*Bayley scales of infant development II*"

Como resultados:

Sobre o ambiente familiar:

No geral, **as mães que receberam intervenção foram mais responsivas ao nível emocional e verbal com filhos com 12 e 24 meses** do que mães com filhos com a mesma idade; as mães com fatores de risco também foram mais responsivas do que o grupo de controlo.

Existiu resultados significativos sobre a eficácia das interações entre pais e filhos ao nível da aquisição de materiais adequados para estimular os filhos, sobre a organização do ambiente envolvente da criança. Não existiu diferenças sobre a quantidade de castigos a aplicar na educação dos filhos.

Sobre a interação entre pais e filhos e o desenvolvimento infantil:

	<p>No geral, não existiu diferenças significativas sobre a estimulação parental na relação com os filhos até à idade de 18 meses e consequências no desenvolvimento mental, psicomotor e comportamental.</p> <p>Existiu uma diferença significativa ao nível do desenvolvimento mental nas crianças cujas mães apresentaram problemas psicossociais no período de gravidez.</p> <p><u>Sobre os resultados na saúde da criança, mãe e família:</u></p> <p>Em geral, não existiu diferença significativa, apenas nas mães pela primeira vez, mães com problemas psico-emocionais na gravidez e as mães de outra nacionalidade relataram uma experiencia mais positiva pelo facto de terem experienciado a maternidade.</p> <p>As mães <u>amamentaram mais tempo</u> no grupo de intervenção, especialmente as mães de outras nacionalidades.</p> <p>Como constrangimentos, a reduzida amostra (208 pessoas) e o número limitado de enfermeiras.</p> <p>Os autores sugerem que o programa deveria ser replicado a outros grupos como, mães mais velhas, multiparidade e mães com maior nível de instrução.</p>
CONCLUSÕES	<p>Este programa de enfermagem através de visitas domiciliarias mostrou tendências para os resultados aprimorados em muitas, mas não em todas as áreas. Especificamente, existiram resultados clinicamente melhorados na duração do aleitamento materno e, para alguns subgrupos de mães, a experiência das mulheres da maternidade e o desenvolvimento mental das crianças.</p> <p>Mães que receberam a intervenção eram mais responsivas ao nível emocional e verbal (HOME observação) durante os primeiros 2 anos de vida de seus filhos do que as mães do grupo de comparação.</p> <p>A duração da amamentação foi maior para as mães de intervenção do que as mães de comparação; Não houve diferença significativa na interação pai-filho entre os grupos de intervenção e comparação. Não houve diferenças entre os grupos globais significativas na criança mental, psicomotor ou desenvolvimento comportamental. As mães avaliadas pré-natal como tendo angústia psicossocial beneficiaram da intervenção através de um número de áreas.</p>

Fonte: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=38f1ac13-7c57-422c-ab5b-25aec750abb9%40sessionmgr102&vid=9&hid=116>

TÍTULO	<i>The Chicago parent program: comparing 1-year outcomes for African American and latino parents of young children</i>
AUTORES	<i>Susan M. Breitenstein, Deborah Gross, Louis Fogg, Alison Ridge, Christine Garvey, Wrenetha Julion e Sharon Tucker</i>
PUBLICAÇÃO	<i>Wiley Periodicals, Inc.</i>
PALAVRAS-CHAVE	Formação parental; problemas de comportamento infantil; pré-escolar; raça /etnia

MÉTODO	Ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível 2
OBJETIVOS	<p>Examinar os resultados de um ano do programa <i>Chicago Parent Program</i> (CPP) aplicado nos pais de origem africo-americana e origem latina (com uma grande amostra de pais);</p> <p>Determinar se existe diferenças nos efeitos do CPP em pais da referida etnia;</p>
CONTEÚDOS	<p><u>A evidência científica mostra:</u></p> <p>Os problemas de comportamento infantil têm implicações a longo prazo nas crianças ao nível das aprendizagens e relações interpessoais até à adolescência com custos elevados para a saúde, rendimento escolar e justiça, pelo que consiste numa prioridade de saúde pública.</p> <p>A investigação científica demonstra que os problemas de comportamento infantil podem ser prevenidos e tratados através do treino do comportamento parental para com os seus filhos, contudo, existem poucos programas adequadas a famílias de diferentes etnias e com baixos rendimentos.</p> <p>Os estilos parentais são influenciados pela cultura, etnia e as condições socioeconómicas, por isso as estratégias parentais do tipo autocráticas, autoritárias e permissivas difere, por exemplo os pais de origem latina e africo-americanos tendem a valorizar mais o sentido de obediência dos filhos.</p> <p><u>Limitações:</u></p> <p>Os programas para pais foram delineados para famílias não latinas, da raça caucasiana de classe média;</p> <p>Não preveem famílias de risco e diferenças culturais e famílias oriundas de comunidades com baixos rendimentos.</p> <p><u>Desta forma surge o problema de investigação:</u></p> <p>Apenas um programa para pais consegue eficazmente trazer uma ponte sobre a cultura e as diferenças ao nível da comunidade e assim afetar o exercício da parentalidade ao nível de valores e comportamento junto das crianças e em última análise existirem consequências nos resultados das crianças.</p> <p>Um estudo randomizado sobre o CPP mostra que sim, mas com baixos níveis de evidência científica devido a duas importantes limitações, primeiro os pais faltaram a grande parte das sessões e segundo a amostra do estudo era demasiado pequena para testar diferentes intervenções em pais africo-americanos e latinos.</p> <p><u>ESTUDO DO ARTIGO:</u></p> <p>Primeiro estudo que investiga sobre os efeitos do CPP e os problemas de comportamento infantil em três eixos diferentes, relatos dos pais, relatos de educadores e através de observação ao longo do decurso do CPP.</p>

Estudo aprovado pelo Instituto Universitário *Review Board University* e pelos diretores dos 15 centros infantis.

Local do estudo/tempo:

Dois estudos que decorreram numa cidade dos Estados Unidos, Chicago. Cada estudo decorreu em centros infantis (creche/jardim de infância) estatais ao longo do ano de 2002 a 2011, abrangendo crianças dos 2 aos 4 anos de idade, no 1º estudo foram em sete centros porque um recusou. No 2º estudo decorreu em oito centros infantis.

- ✓ 1º Estudo (2002 a 2006) consistiu em examinar a eficácia do CPP em promover a parentalidade e a redução de problemas de comportamentos infantis, após um ano de intervenção (total de 156 pais).
- ✓ 2º Estudo (2006 a 2011) consistiu em inovar estratégias em envolver um maior número de matrículas no CPP (total de 174 pais).

Participantes:

Total dos dois estudos de 538 famílias, destes 34 foram excluídos por não serem caucasianos latinos, um por ser asiático e 13 por serem de outras raças/etnias e um por não descrever qual a sua raça/etnia);

Incluídos nos estudos 504 pais (mães/pais ou tutores legais), dos quais 291 eram africo-americanos e 213 latinos.

- **A análise dos dados no estudo só incluiu ao todo 267 pais**, após a exclusão por situações de não comparência, doença e por não serem de etnia latina e africo-americana.

Os pais latinos eram na sua maioria casados (38,4%) do que os pais africo-americanos (18,2%)

No 1º estudo, 90% das famílias recebiam subsídios para as crianças; Dos pais inscritos, pelo menos 60 crianças tinham entre os 2 e os 4 anos de idade; o grupo de participantes possuiu um número equilibrado de participantes ao nível de etnia/raça, ao nível de famílias monoparentais e com rendimentos medianos.

No 2º estudo, os centros infantis foram responsáveis por controlaram os grupos de estudo durante o primeiro ano. Após um ano, os novos participantes foram recrutados por pais dos mesmos centros infantis.

Neste 2º estudo as crianças eram ligeiramente mais novas.

Temáticas do CPP:

Da 1ª à 4 semana focam-se intervenções na “construção” das relações positivas dos pais para com os seus filhos;

Da 5ª à 8ª semana focam-se intervenções sobre as competências parentais ao nível da gestão do comportamento da criança;

Na 9ª à 12ª semana focam-se intervenções na gestão do stress, habilidades de resolução de problemas e manutenção de habilidade parentais.

Objetivos do CPP (Chicago Parent Program):

Treino de pais para alterar qualquer disfunção na interação com os filhos;

Ajudar os pais em três áreas:

1º Serem mais conscientes das “*reinforcement traps*”, isto é, atitudes de reforço;

2º Aplicarem uma parentalidade positiva, consistente e menos coerciva;

3º Serem mais confiantes nas suas próprias competências/aptidões.

População alvo e Metodologia do CPP:

Decorreu ao longo de 12 sessões, cada uma com 2 h semanais, na comunidade baseadas na prevenção para uma população alvo de pais com crianças com idades entre os 2 e os 5 anos de idade, de forma a promover competências parentais e prevenir problemas no comportamento das crianças.

Sessões em grupo, em sala reservada no local para o decorrer do CPP, com visualização de vídeos para promover o debate e discussão sobre competências/habilidades parentais e influencia no comportamento dos filhos.

Os grupos de pais foram liderados por grupos de técnicos treinados em facilitar as discussões com a ajuda de um manual próprio.

O CPP ensina os pais com base na evidência de estratégias de encorajamento em bons comportamentos e redução de comportamento disfuncional das crianças. Acima de tudo, o CPP ajuda os pais a clarificarem os valores e principais objetivos da educação dos seus filhos, que decorre através das discussões em grupo, emergindo estratégias evidentes para atingir esses objetivos que são aceites na sociedade multicultural.

Procedimentos para avaliar os estudos:

Foram utilizadas diversas escalas mediante os aspetos conquistar nos pais que frequentam o CPP.

Assim, para avaliar a auto-eficácia parental: foi usado o *Toodler care questionnaire*; Para avaliar as estratégias de disciplina parental foi utilizado um questionário e três escalas; Para avaliar o comportamento parental foram observados e gravados momentos das sessões do CPP, pelo uso da *Dyadic Parent-Child Interactive Coding System-Revised*. Os vídeos foram analisados por avaliadores independentes.

Para avaliar o comportamento das crianças foram observadas e mediadas pelo pais, educadores e observadores do estudo. Os relatos dos pais foram medidos usando a *Eyberg Child Behavior Inventory*; Os relatos dos educadores foram medidos usando *The Caregiver-Teacher Report Form*

O comportamento das crianças que foi recolhido pelos vídeos utilizou-se *The DPICS-R (Webster Stratton, 1998)*; Sobre a frequência e a satisfação do CPP, foi calculado mediante o total das 12 sessões.

Resultados:

Resultados ao nível das participações:

De todos os participantes no CPP, 50% frequentaram as sessões de grupo;

24% dos inscritos cumpriram as condições de intervenção em grupo; 67% dos pais foi pelo menos a uma sessão de grupo (sem diferenças expressivas de etnia/raça);

Existiu uma satisfação de frequência no CPP de muito satisfeito de 90,1% e satisfeito de 9,9%; 88,3% dos pais referiu que iria recomendar muito o CPP a outros pais.

Resultados ao nível dos efeitos na auto-eficácia parental, disciplina e comportamento parental:

Os pais usaram **menos castigos corporais, mais disciplina consistente e maior auto-eficácia enquanto pais**, contudo não existiu diferença significativa em relação aos grupos de controle ao nível de “calor” parental e uso de comandos; ao nível do uso de louvores dos pais para os filhos, concluiu-se que o seu uso após a intervenção do CPP tem uma duração mais curta e não se mantém.

Resultados ao nível dos efeitos sobre os problemas de comportamento infantil:

Os relatos dos educadores indicaram que foi ao nível da **redução de problemas de comportamentos “externalizantes” e “internalizantes”**.

Os relatos dos pais indicaram que existiram melhorias só após o fim da frequência do CPP;

Pela observação existiram melhorias de curto tempo, no comportamento em grupo das crianças, que não se mantiveram após o final do CPP.

Resultados ao nível dos efeitos sobre a raça/etnia:

Os pais latinos relataram **melhorias mais elevadas no comportamento dos seus filhos** do que os pais africo-americanos.

Os pais latinos relataram também **melhorias na auto-eficácia parental** mais elevadas mesmo após a intervenção do CPP do que os pais africo-americanos.

Contudo, em todos os pais, das duas etnias, **perderam ao longo do tempo atitudes de louvor para com os filhos**, mais visível em pais latinos do que em pais africo-americanos.

Do 1º estudo:

Como modelo de intervenção, **os pais utilizam menos castigos corporais e ordens aos filhos** do que em relação ao grupo de controle. **Efeitos que aparentemente se mantêm após um ano de intervenção.**

Para além disso, existiram resultados nos comportamentos **nas crianças** em que os pais foram alvo de intervenção, apresentaram **menos problemas de comportamento durante as observações realizadas em brincadeiras livres** em comparação com o grupo de controle.

	<p>Em relação aos pais que compareceram pelo menos a 50% das sessões do CPP, reportaram melhoras significativas ao nível da auto-eficácia parental, mais consistência na disciplina aos seus filhos, maior demonstração de “afeto” parental e um aumento do declínio de problemas de comportamentos infantis em relação ao grupo de controle.</p> <p>Contudo, a frequência média dos pais no 1º estudo foi baixa (menos de 39% das sessões), constituindo-se uma limitação na análise dos resultados e efeitos do CPP em relação à etnia dos participantes.</p> <p>De maneira geral e comparando com o grupo de controle, os pais que receberam intervenção do CPP têm mais confiança no exercício da parentalidade, apresentaram uma parentalidade mais calorosa, consistente ao nível da disciplina e com redução de castigos corporais. Para além disso, acrescenta-se que os pais usam mais louvores e menos ordens junto dos filhos (conclusão através das observações das interações entre pais e filhos). Os filhos apresentam menos problemas de comportamentos em relação ao grupo de controle.</p> <p>Ao nível da utilização do programa do CPP em diferentes etnias, a motivação na frequência do CPP pode ser diferente de acordo com a etnia dos pais, mas não se confirmaram as hipóteses sobre a existência de resultados diferentes do CPP sobre pais e filhos de diferentes etnias.</p>
<p>CONCLUSÕES</p>	<p>Os estilos parentais tendem a ser diferentes mediante os valores culturais, raça/etnia na educação dos filhos e por isso, existem diferentes respostas dos mesmos aos programas do CPP. Contudo, ao nível da satisfação no CPP, não existem diferenças raciais/étnicas.</p> <p>Existiram melhorias nas três áreas de intervenção do programa, o que sugere que os pais que frequentam o CPP usam mais técnicas de disciplina mais eficazes e percebem melhorias no comportamento dos seus filhos, e por isso, sentem mais confiança sobre as suas competências parentais em comparação com o grupo de controle.</p> <p>Foram sentidas melhorias elevadas após o programa CPP, nos pais latinos.</p> <p>Os resultados são consistentes em demonstrar que este tipo de programa mostra que os pais podem aprender a exercer uma parentalidade positiva com consequências nos seus filhos ao nível social, quer na comunidade, quer na própria relação com os seus pais.</p> <p>Para além disso, este tipo de intervenção com os pais reduz os comportamentos de castigos corporais em relação ao grupo de controle, o que indica que as melhorias no comportamentos dos filhos, também contribuem para menor necessidade de castigos corporais. De realçar que o uso da palmada tem relevo cultural, pelo que não deixe de ser usado independentemente deste tipo de programas parentais.</p>

É significativo que após um ano de término do programa CPP, continuam a existir melhorias significativas nos pais, ao nível de castigos corporais, percepção dos comportamentos infantis problemáticos e ao nível de autoeficácia da parentalidade.

Estas mudanças positivas na relação entre pais e filhos sustenta o facto de que é possível de ser reforçada e melhorada.

Contudo, as melhorias na relação entre pais e filhos, após um ano de intervenção pode declinar.

O impacto destas melhorias podem vir a ter uma importante influencia nas políticas focadas na educação nas escolas, sendo por isso um ponto importante em futuras investigações.

Existem poucos estudos de investigação sobre os efeitos a longo prazo destes programas sobre as competências parentais.

O facto de os estudos deste artigo contemplarem os relatos dos pais, educadores e a observação das interações demonstra e reforça a importância e “força” destes programas na relação entre os pais e filhos.

Existe um aumento da consciência dos investigadores, economistas, clínicos e políticos em criar investimentos deste tipo nos primeiros cinco anos de vida da criança.

O treino de competências parentais durante os primeiros cinco anos trás benefícios significativos no desenvolvimento infantil.

Para além disso, a evidência científica mostra que a qualidade parental e um fator preditor elevado sobre os resultados no desenvolvimento infantil do que qualquer outra variável, incluindo o baixo nível socioeconómico.

Os resultados deste estudo mostram o programa CPP constitui-se como uma forma eficaz em promover competências parentais mesmo em bairros sociais com pais com crianças em idade pré-escolar.

Fonte: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=38f1ac13-7c57-422c-ab5b-25aec750abb9%40sessionmgr102&hid=116>

Apêndice L – Projeto individual de estágio II: A parentalidade positiva e a promoção da vinculação



INSTITUTO POLITECNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
2º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
UNIDADE CURRICULAR ENSINO CLÍNICO
ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM II E RELATÓRIO

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO II
A PARENTALIDADE POSITIVA E A PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO

Mestranda:

Marisa Alexandra Calado de Campos Serra n.º 130435002

PROFESSORA TITULAR:

Maria de Lurdes Torcato

ORIENTADORA:

Regina Céu Ferreira

Santarém, fevereiro, 2015

"O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos criando. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o realizador quando o destino."

Antoine de Saint-Exupéry

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

art.^o - artigo

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESCI – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da Republica

Enf.^a - enfermeira

Enf.^o- enfermeiro

Hosp. - Hospital

n.^o - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Prof.^a- professora

p. – página

PDAC - *Plan, Do, Check and Act*

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA DE APROFUNDAMENTO PESSOAL	9
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	13
2.1 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES	14
3 – CONCLUSÃO	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXOS	37
Anexo I – Cronograma das atividades do estágio II	38

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Atividades.....13

INTRODUÇÃO

Este projeto individual de estágio é referente ao 2º CMESCI, inserido na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório. Desenvolve-se num período de ensino clínico de 18 semanas para a aquisição de competências específicas em saúde da criança/jovem e família em diversos contextos hospitalares, correspondentes às unidades de neonatologia, Internamento de Pediatria e Urgências Pediátricas. Tal como referiu Serrano, Costa & Costa (2011) o contexto é determinante no desenvolvimento de competências, aspeto que a mestranda possui expectativas elevadas para o seu enriquecimento profissional e pessoal, uma vez que exerce funções de enfermeiro em cuidados de saúde primários.

A concretização deste projeto pretende assegurar um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades para atuar junto da criança, entrando no seu 'mundo' com orientações antecipatórias às famílias. (Regulamento n.º123/2011 do Decreto-Lei n.º104/98, alterado pela lei 111/2009).

A enfermagem da saúde da criança e do jovem perante os padrões de qualidade dos cuidados especializados (OE, 2011) está enquadrada no paradigma salutogénico pela maximização e valorização da saúde, deve gerir cuidados por enfermeiro de referência e tem por missão centrar a criança nos seus cuidados, planear e gerir em parceria com a família cuidados especializados que promovam a saúde, previna a doença, efetuar cuidados com vista à recuperação plena da criança/jovem. O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista implica aprofundar conhecimentos sobre as características específicas de cada etapa de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e eventuais problemas, a atuação de enfermagem implica uma maior complexidade ao nível da avaliação e intervenção nesta área. O Conselho de Enfermagem esclarece no parecer n.º 267 que o enfermeiro especialista é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico dotado de competências clínicas especializadas que respondem aos processos de vida e aos problemas de saúde por um julgamento clínico e tomada de decisão de nível elevado (OE, 2010). Os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, são a responsabilidade profissional, ético e legal, melhoria contínua da qualidade,

gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tal como define o Regulamento n.º 122/2011 (Diário da República, 2ª Série, n.º35 de 18 de fevereiro) são competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Segundo o Regulamento n.º 123/2011 (Diário da República, 2ª Série, n.º35 de 18 de fevereiro) preconiza-se que o enf.º especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica trabalhe em parceria com a criança, pais, cuidadores, família e comunidade, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível. Cabe ao especialista a prestação de cuidados à criança saudável ou doente, a educação para a saúde e a identificação e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa. São áreas de atuação particular, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento, orientações antecipatórias às famílias, gestão do bem-estar da criança, deteção precoce e encaminhamento e promoção da autoestima do adolescente (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro). Cuidar da criança/jovem implica ao enfermeiro ser dotado de competências afetivas, estéticas e reflexivas, pela assertividade com uma capacidade envolver e apoiar a família/pessoa significativa nos cuidados à criança/jovem tal como defende Anne Casey no seu Modelo de Parceria de Cuidados de Enfermagem. Perante o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner o desenvolvimento humano é influenciado perante quatro elementos: a pessoa, o tempo, o contexto e o processo, o enfermeiro deve “olhar” para a criança não só para o seu ambiente imediato, mas também o ambiente mais amplo que a envolve (Souza, 2014) implicando uma visão global e intervenção de nível avançado, enquadrado no paradigma da transformação, pelo cuidar com a criança/jovem e sua família. Perante a pessoa única, centro dos cuidados de enfermagem, o especialista adapta respostas, valoriza eticamente o respeito pela criança e família e pelas suas decisões, demonstrando maturidade, flexibilidade e ponderação, com uma elevada atitude comunicacional assertiva. Gardner, citado por Matias (2010) classifica estas respostas e habilidades para resolver problemas e criar soluções como fruto das diferentes inteligências humanas, das quais destaca a inteligência interpessoal corresponde à capacidade de compreender as pessoas, de trabalhar em grupos, de ser empático e de possuir habilidades de entender e responder adequadamente ao temperamento, motivação e desejos dos outros pela facilidade de comunicação.

Para além de saber ser e estar, o saber técnico é vasto em contexto hospitalar, recorrendo-se forçosamente a técnicas e procedimentos mais invasivos e dolorosos para a

criança/jovem, contudo a prestação de cuidados de enfermagem deve ter por base cuidados atraumáticos, isto é, cuidados terapêuticos que minimizem ou eliminem o desconforto físico e psíquico das crianças/familiares, previnam e minimizam a separação da criança e família e promove o senso de controle (Whaley & Wong, 1999). Os cuidados atraumáticos são defendidos e reconhecidos pela OE e recomendados no guia orientador da prática de enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

O regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem prevê:

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE®1.0. (OE, 2010: 1).

As estratégias deste estágio II são a elaboração do projeto individual de estágio com base nos objetivos da unidade curricular, o planeamento de atividades de acordo com a prestação de cuidados especializados de enfermagem que culminará, no final do estágio com a elaboração de um relatório crítico /reflexivo. Ao longo do estágio a mestranda tem um interesse pessoal de através da pesquisa bibliográfica na prática baseada na evidência procurar aprofundar conhecimentos e competências na parentalidade positiva e promoção da vinculação, competência inerente à prestação de cuidados do especialista nesta área. Acrescenta ao nível pessoal, corresponder a uma inquietação que já advém do seu anterior estágio o facto, de a promoção da parentalidade ser uma área incluída nos cuidados antecipatórios, setting considerado prioritário pela (OE, 2010).

Elaborar um projeto de estágio é uma oportunidade para aplicar, aprofundar conhecimentos e adquirir experiência profissional especializada em enfermagem. Pelo ciclo de Deming ou PDAC (OE, 2013) orienta o projeto das atividades, levantando as questões onde, quando, o quê, como e quanto, avaliando o processo e as tomadas de posição. Assim surgem

atividades planejadas, que após concretização, descrevem-se e refletem-se fundamentadamente sobre as atividades desenvolvidas na prática clínica. Qualidade de cuidados em saúde, para a Ordem dos enfermeiros, implica refletir sobre a prática (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001), condição necessária para uma prática de excelência do exercício profissional (Código Deontológico, OE, 2009). O conhecimento é adquirido, avaliado e organizado pela reflexão, para uma enfermagem profissional, é exigida a reflexão crítica na utilização do processo de enfermagem (Whaley & Wong, 1999). A capacidade reflexiva é uma condição *sine qua non* neste estágio é da prática e para a prática na qual interessa desenvolver conhecimento novo com vista à melhorar a qualidade dos cuidados.

Como o exposto são propostos como objetivos gerais deste estágio:

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem nos diferentes locais de estágio;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

Como objetivos específicos:

- Planear as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos definidos para a Unidade Curricular Estágio II e relatório;
- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier do CHLO, Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital de Torres Novas, do CHMT;
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados ao Recém-nascido e família em situação de internamento no Serviço de Neonatologia;
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de Urgência e de Internamento de Pediatria;
- Refletir criticamente sobre a prática de enfermagem especializada na saúde da criança e do jovem
- Contribuir para a promoção e divulgação da parentalidade positiva e promoção da vinculação nos Serviços de Neonatologia do CHLO, Internamento e Urgência Pediátrica do Hospital de Torres Novas.

1 – JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA DE APROFUNDAMENTO PESSOAL

Refletindo de forma crítica sobre as competências do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem e pela sua experiência profissional pretende aprofundar conhecimentos na área da vinculação entre a criança e cuidadores, numa perspetiva da parentalidade positiva.

Segundo Antonovsky, citado por Carondo (2006) o paradigma salutogénico é centrar-se na saúde e não na doença. Esta perspetiva é enquadrada na visão para 2016 do Plano Nacional de Saúde, com ênfase em políticas saudáveis através da perceção do conceito de saúde positivo, o cidadão, família e comunidades pode potenciar a sua saúde no seu máximo, aumentando assim o capital social.

Os profissionais devem estar habilitados com ferramentas de promoção da saúde, como o *empowerment*, de forma a capacitar para escolhas e decisões que permitam uma saúde positiva e bem-estar. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que entrou em vigor desde um de junho de 2013 acrescenta um novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos, pela valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção e de prevenção da saúde, facultando aos pais os conhecimentos necessários a um desempenho parental na promoção e proteção dos direitos da criança, investindo e priorizando na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento. O acompanhamento cada vez mais cedo da criança permite também uma deteção cada vez mais precoce de situações que exigem encaminhamento. Os pais são reconhecidos como os principais prestadores das crianças, pelo que a sua capacitação é imprescindível. Uma das linhas mestras do PNSIJ é precisamente o investimento das perturbações emocionais e comportamentais bem como o aleitamento materno, a prevenção de acidentes e maus tratos, que podem ser postas em prática através de educação para a saúde em consultas de enfermagem individualizadas e em grupo. A DGS no PNSIJ recomenda a valorização de preocupações dos pais no relacionamento com o seu filho, devendo o profissional de saúde, no primeiro ano de vida da criança, prestar especial atenção ao estado emocional da mãe ou do principal cuidador encaminhando casos precocemente

identificados que possam interferir com o desenvolvimento da criança e aquando da avaliação do crescimento da criança a relação emocional/comportamento. Em 2008 o *Center for Disease Control and Prevention* recomenda a promoção de competências de parentalidade positiva como estratégia de prevenção de situações de negligência e maus tratos (Lopes & Catarino & Dixe, 2010).

A parentalidade é:

A acção de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não (CIPE, versão 1, 2006: 43).

Contribuir para o desempenho da parentalidade é recomendado pelo Conselho Europeu deve ser de forma positiva, isto é, cuidar, capacitar, guiar e reconhecer as crianças como indivíduos no gozo pleno dos seus direitos. A Parentalidade Positiva respeita os direitos das crianças pela educação da não-violência, não é uma parentalidade permissiva: estabelece os limites que as crianças precisam para as ajudar a desenvolver ao máximo o seu potencial. Define-se como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança (Conselho da Europa, 2006) assegurando as suas principais necessidades proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, com base em medidas de políticas de família que assegurem padrões de vida adequados e prestem cuidados de saúde de qualidade através de serviços de apoio aos progenitores.

Assim, o Conselho da Europa (2006) recomenda centros locais e serviços de disponibilização de informação, aconselhamento e formação sobre parentalidade, onde os progenitores possam trocar experiências e aprender uns com os outros, possam brincar com os seus filhos. Também é recomendado programas educativos para os progenitores durante a gravidez e sobre o desenvolvimento da criança. A mestranda pretende incluir no projeto de estágio a preocupação e a capacidade de proporcionar momentos que contribuam para a importância da vinculação na parentalidade positiva, pela sensibilização dos pais para esta temática.

Mendes e Martins (2012), num artigo de investigação sobre a parceria de cuidados de enfermagem em pediatria, referem-se ao defendido por Casey e Mobbs, sobre a filosofia dos cuidados pediátricos é centrada na família, existindo uma partilha de poder, isto é, a parceria de cuidados de enfermagem é um processo partilha com a criança/jovem e sua família.

Silva (2014) na sua tese de doutoramento cita a teoria da vinculação de Bowlby, de 1969, na qual defende que os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico que os motiva a procurar proximidade de outros, consideradas figuras de vinculação. Ainsworth, nos anos 70 colaboradora de Bowlby, concluiu que o recém-nascido até aos dois meses usa os sistemas neonatais como o riso, o balbuciar, o choro para atrair potenciais cuidadores, estes comportamentos são direcionados a qualquer pessoa por perto, uma vez que não consegue distinguir adultos. Silva (2014) citando Ainsworth et al realça a importância de o nível de resposta da mãe ser fundamental na qualidade da vinculação ao longo do desenvolvimento do bebé, as mães responsivas aos seus bebés resultavam numa vinculação mais segura, mães não responsivas favorecem a vinculações evitantes e, ainda, mães com respostas inconstantes facilitavam vinculações ambivalentes. De acordo com Ainsworth, crianças com vinculações seguras podem usar a mãe como uma base segura para explorar o ambiente e assim desenvolvem mecanismos de coping em momentos de stresse. Este tipo de vinculação desenvolvida com o cuidador primário relaciona-se com maior sociabilidade com outros adultos e crianças, maior obediência aos pais e maior facilidade na regulação emocional da criança. Vários psiquiatras teorizaram que várias linhas de desenvolvimento psicológico perturbadas são o resultado de vinculações inseguras muito precoces. Propuseram que estas crianças com vinculações inseguras podem desenvolver problemas comportamentais como hostilidade, agressividade e comportamentos antissociais no caso da vinculação evitante. Por outro lado, no caso da criança ambivalente poderiam ocorrer problemas como impulsividade, problemas de concentração e baixa tolerância à frustração (Silva, 2014).

Segundo Brazelton e Greenspan a relação emocional entre a criança e os seus pais são os primeiros passos para o seu desenvolvimento (OE, 2010, citando Brazelton & Greenspan). É preciso que os pais percebam que devem dar do seu tempo para os filhos, que se apaixonem e se dediquem a eles para que eles se sintam verdadeiramente amados. O enfermeiro pode e deve sensibilizar os pais para a importância do colo, das carícias, das massagens, do abraço, do respeito pelo ritmo, pela diferença e cumplicidade. Esta relação é fruto dos vínculos que crescem, fruto dos afetos que se partilham. (Guia Orientador de Boas Práticas de Saúde Infantil e Pediátrica, volume I, 2010). Bronfenbrenner em 1994 em estudos efetuados fala da importância da influência do microsistema e macrosistema, como é a relação diádica de mãe e filho, como um processo de repercussão mútua e de desenvolvimento (Franco & Bastos, 2002).

Numa pesquisa na base de dados B-ON a 16 de fevereiro de 2015 incluindo dois termos de pesquisa: parentalidade positiva e enfermagem, surgem treze artigos que abordam diferentes etapas do ciclo de vida familiar, mas especificando na pesquisa o título possuir enfermagem e

parentalidade positiva surgem apenas dois artigos das mesmas autoras que já foram de grande utilidade para a aprendizagem da mestranda desde o seu estágio anterior: Lopes, Catarino e Dixe um artigo de revisão e outro sobre construção e validação de escalas de medida para pais com crianças até aos três anos.

Surge o desafio pessoal pela inquietação de explorar no estágio II e potenciar a vinculação pela promoção da parentalidade positiva e o impacto que esta tem no desenvolvimento harmonioso dos bebés, desta forma a mestranda espera contribuir não só para a sua formação de especialista, mas também sensibilizar pais e profissionais de saúde para a parentalidade positiva na promoção da vinculação, numa perspetiva de prática baseada na evidencia e numa melhoria de cuidados.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O período de Estágio II decorre de 16 de fevereiro a três de julho de 2015, com um período de pausa letiva de carnaval de 16 e 17 de fevereiro e páscoa de 30 de março a 10 de abril de 2015. Tem a duração de 18 semanas, que serão desenvolvidas nos seguintes contextos:

- Cinco semanas no Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier
- Seis semanas no Serviço de Internamento de Pediátrica do Hospital de Torres Novas
- Quatro semanas no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Torres Novas
- Três semanas de atividades na Escola a 16 de abril, 18 a 22 de maio e de 22 de junho a 3 de julho de 2015, respetivamente para partilha de experiências e apresentação e discussão do relatório de estágio reflexivo e crítico.

Pretende-se intervir de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem, ao nível da prestação de cuidados especializados e individualizados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade/risco/estado crítico, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, a *CIPE* e o *SAPE/SCLINICO*. Valoriza-se o Cuidar assente no paradigma de intervenção com a criança/jovem e família, delineando permanentemente uma intervenção em parceria com os pais/cuidadores como postula Anne Casey no seu Referencial Teórico. A mestranda pretende no sentido de continuidade do estágio I, aprofundar competências na promoção de competências de parentalidade positiva como forma de promoção da vinculação, pretendendo nos campos de estágio nas Unidades de Pediatria e Neonatologia realizar, se possível, sessões de grupo para pais sobre esta temática como forma de promoção da parentalidade positiva e a abordagem da atividades promotoras do desenvolvimento e estímulo da vinculação.

2.1 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades a desenvolver e sua justificção encontram-se no plano de atividades deste relatório. O cronograma das atividades encontra-se em anexo I.

Quadro 1 – Plano de Atividades

Objetivos	Domínio das competências	Competências	Atividades	Quem	Quando	Onde	
1 - Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos Serviços do estágio II	• Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	• Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	✓ Conhecer a dinâmica e funcionamento das diferentes unidades (missão, filosofia, modelo teórico, métodos de organização de trabalho, protocolos e registos de enfermagem).	Mestranda	Na 1ª e 2ª semana dos estágios	Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier e Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital de Torres Novas	
		• Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	✓ Perceber a forma de articulação dos vários serviços com outras unidades/ serviços.				
	• Domínio da Melhoria da Qualidade	• Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	✓ Conhecer o macrosistema subjacente ao cuidar - consulta de normas e protocolos em vigor.		✓ Estabelecer uma relação profissional adequada na equipa e junto da criança/ jovem/ família.		Ao longo de todos os estágios
		• Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.	✓ Contribui para o trabalho da equipa multidisciplinar eficaz mantendo relações de colaboração		✓ Utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade		
	• Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	✓ Integra e participa na equipa de saúde adequando o seu desempenho	✓ Promover um ambiente positivo e favorável à prática				

15

2 - Assistir a criança/jovem	• Domínio da gestão dos cuidados	• Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.	✓ Apresentação da mestranda à enfermeira chefe e cooperante	Mestranda, Enf.º Cooperante e Enf.º Chefe	Na 1ª e 2ª semana dos estágios	Serviço de Neonatologia
		• Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.	✓ Conhecer o circuito da criança/família, desde a admissão na unidade até a alta			
	• Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	• Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.	✓ Visita às instalações dos vários serviços/unidades	Mestranda	Ao longo de todos os estágios	
		• Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	✓ Integrar a equipa ao nível da prestação de cuidados à criança / jovem e família do microsistema (Serviço de Neonatologia, Pediatria, Urgência Pediátrica) em interação com mesossistema, com base no macrosistema			
	• Domínio da Responsabilidade	• Desenvolve uma prática profissional e ética no seu	✓ Reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa			
			✓ Apresentação e validação ao enfermeiro cooperante, do projeto individual de estágio.			
			✓ Realiza pesquisa bibliográfica.			
			✓ Procura de momentos de enfermagem que maximizem a prestação de cuidados especializados.			
			✓ Intervém utilizando estratégias em parceria com a criança/jovem e família com uma	Mestranda e	Serviço de Neonatolo	

16

com a família, na maximização da sua saúde	Profissional, Ética e Legal	campo de intervenção.	conduta preventiva e antecipatória Participa nas tomadas de decisão em equipa com base no código deontológico.	Enfermeira Cooperante Ângela Dinis (serviço de neonatologia) e César Machado (serviço de pediatria e urgência)	gia (23 de fevereiro a 20 de março de 2015)	do Hospital de São Francisco Xavier;
	• Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	• Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	<p>√ Colabora e participa em projetos institucionais na realização de atividades na área da qualidade e protocolos do serviço das instituições:</p> <p>√ Concebe e elabora: <u>Serviço de Neonatologia.</u> Poster sobre Parentalidade positiva e promoção da vinculação no recém-nascido.</p> <p><u>Serviço de Ambulatório de Pediatria.</u> 2 Posters sobre Parentalidade e atividades promotoras do desenvolvimento infantil (0-12 meses) e (18 meses aos 6 anos).</p> <p><u>Serviço de Ambulatório, urgência e internamento de pediatria.</u> Manual de ensino sobre parentalidade positiva e atividades promotoras do desenvolvimento/ dois folhetos sobre a temática. Proposta de parametrização da aplicação informática <i>Sclinico</i>, para intervenções relacionadas com a parentalidade.</p> <p><u>Serviço de pediatria.</u> Elabora e apresenta case-study com base nos padrões de qualidade da OE à equipa de enfermagem do serviço de pediatria.</p>			
	• Domínio da Melhoria da Qualidade	• Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.			Serviço de Pediatria (4 de maio a 19 de Junho)	Serviço de Pediatria do Hospital de Torres Novas

17

		• Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	<p>√ Promove a adesão à saúde e o ambiente terapêutico pela segurança na administração de substâncias terapêuticas.</p> <p>√ Adotar estratégias positivas para diminuir o stress do internamento/ jovem e da sua família.</p>			
	• Domínio da gestão dos cuidados	<p>• Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>• Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>- Presta cuidados especializados</p>	<p>√ Implementa e gere em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade (positiva), da vinculação da criança e autoestima/ autodeterminação do jovem/ família para a gerir o regime e a reinserção social, privilegiando a relação empática e terapêutica.</p> <p>√ Avalia os conhecimentos relativamente à saúde da criança/ jovem e família</p> <p>√ Negocia a participação da criança/família no processo de cuidar.</p> <p>√ Diagnostica precocemente, intervém nas doenças comuns: situações de risco da criança/ jovem, sensibilizando pais e profissionais.</p> <p>√ Assegura cuidados de enfermagem envolvendo a família perante as necessidades culturais/ espirituais, comunicando de forma apropriada.</p> <p>√ Ensina conhecimentos e habilidades sobre a gestão do processo saúde-doença adequados ao desenvolvimento/compreensão da criança/jovem e família.</p>			
	• Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<p>• Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</p> <p>• Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>√ Realiza pesquisa bibliográfica e procura de momentos de enfermagem que maximizam a prestação de cuidados especializados.</p> <p>√ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada tendo por base a prática baseada na evidência numa perspetiva da melhoria da qualidade de cuidados</p>			

18

3 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados ao Recém-nascido e família em situação de internamento no Serviço de Neonatologia	• Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. • Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presta Cuidados culturalmente sensíveis de acordo com a legislação em vigor e o código deontológico numa perspetiva holística. ✓ Avalia os resultados dos cuidados prestados e partilha na equipa, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados. 	Mestranda junto da Enf.ª cooperante Ângela Dinis	De 23 de fevereiro a 20 de março de 2015	Serviço de Neonatologia de São Francisco Xavier
	• Domínio da Melhoria da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. • Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática da especialidade. ✓ Utiliza diretivas na melhoria da qualidade da prática. ✓ Participa em programas existentes da melhoria contínua da qualidade. 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplica as escalas protocoladas no serviço. ✓ Intervém com base na redução dos fatores de stresse do prematuro, nomeadamente ambiente físico, luz, ruído, posicionamento, toque, procedimentos 			
	• Domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem pela prestação de cuidados especializados. ✓ Colhe dados, estabelece prioridades de acordo com a situação, planeia cuidados envolvendo a família, executa e avalia cuidados 			

19

			<p>de acordo com os princípios científicos, efetua registos de acordo com os instrumentos do serviço (SAPE/Scínico).</p> <p>✓ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e diagnóstica e intervém em doenças comuns.</p> <p>✓ Contribui para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem.</p> <p>✓ Assistir o recém-nascido e família de acordo com metodologia científica – Modelo Teórico de Anne Casey / CIPE, desde a admissão na unidade até à alta/transerência.</p> <p>✓ Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, cooperando com a equipa na prestação de cuidados apropriados.</p> <p>✓ Avaliação dos reflexos do recém-nascido</p> <p>✓ Negoceia a participação da família no cuidar à criança pela utilização do processo de enfermagem e estabelecimento de uma relação empática, procurando oportunidades de interagir com a família para aprendizagens de cuidados antecipatórios e prevenção do risco.</p> <p>✓ Promove a vinculação de forma sistemática e o desenvolvimento da parentalidade pela interação com o recém-nascido através de: - Esperança Realista;</p>			
--	--	--	--	--	--	--

20

			<p>- Promoção de cuidados (higiene, amamentação);</p> <p>- Contacto físico;</p> <p>- Estimulo da vinculação</p> <p>Comunicação de forma adequada às necessidades da família e desenvolvimento infantil.</p> <p>✓ Realizar uma Sessão de Educação para a saúde para pais sobre a parentalidade positiva e promoção da vinculação.</p> <p>✓ Participar na sessão de educação aos pais sobre "o método canguru"</p> <p>✓ Cooperar com a Enf.ª cooperante no cuidar do prematuro internado na unidade de cuidados intensivos e intermédios.</p> <p>✓ Aplica medidas não farmacológicas de alívio da dor existentes no serviço, ensina, instrui e treina os pais na adoção destas medidas para uma gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança.</p> <p>✓ Avalia a dor segundo o protocolo do serviço (Escala de <i>EDIN</i> e <i>Neo-PASS</i>).</p> <p>✓ Promove a adaptação da família em situação de doença, insuficiência ou incapacidade na gestão de emoções. Em situação de paliativos e morte do recém-nascido coopera com a equipa no cuidar à família.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

21

	<p>• Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<p>• Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</p> <p>• Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>✓ Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão, refletindo sobre a prática clínica fundamentada na evidência científica.</p> <p>✓ Pesquisa bibliográfica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da mestranda.</p> <p>✓ Reflete criticamente ao longo do estágio.</p> <p>✓ Realiza reuniões informais com a enfermeira cooperante.</p> <p>✓ Realiza reunião de avaliação e do desenvolvimento do estágio.</p> <p>✓ Potencia e desenvolve uma melhor congruência entre a auto e heteroavaliação.</p>	Mestranda		
--	---	--	---	-----------	--	--

22

4 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de internamento de pediatria	• Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> Presta Cuidados culturalmente sensíveis de acordo com a legislação em vigor e o código deontológico numa perspetiva holística. Avalia os resultados dos cuidados prestados e partilha na equipa, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados. 	Mestranda junto da Enf.º cooperante César Machado	De 4 de maio a 19 de junho de 2015	Serviço de Pediatria do Hospital de Torres Novas
	• Domínio da Melhoria da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática da especialidade. Utiliza diretivas na melhoria da qualidade da prática. Participa em programas existentes da melhoria contínua da qualidade e nas auditorias mensais 			
		<ul style="list-style-type: none"> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro 	<ul style="list-style-type: none"> Aplica as escalas protocoladas no serviço. Atua promovendo o bem-estar, a prevenção de incidentes, gerindo a efetividade terapêutica de acordo com protocolo do serviço. 			
	• Domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem no serviço de internamento e num turno na consulta externa. Colhe dados, estabelece prioridades de acordo com a situação, planeia cuidados envolvendo a família, executa cuidados especializados e avalia cuidados de acordo com os princípios científicos, efetua registos de acordo com os instrumentos do serviço 			

23

			<ul style="list-style-type: none"> Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e diagnóstica e intervém em doenças comuns. Contribui para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem. Assistir a criança/ jovem e família de acordo com metodologia científica – Modelo Teórico de Anne Casey / CIPE, desde a admissão na unidade até à alta/transferência e na consulta externa (um turno) Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, cooperando com a equipa na prestação de cuidados apropriados. Negoceia a participação da família no cuidar à criança pela utilização do processo de enfermagem e estabelecimento de uma relação empática, procurando oportunidades de interagir com a família para aprendizagens de cuidados antecipatórios e prevenção do risco, facilitando a adoção de competências na gestão dos processos específicos de saúde/doença, comunicando de forma adequada à família e ao desenvolvimento da criança. Promove a vinculação de forma sistemática e o desenvolvimento da parentalidade pela interação com a criança/ jovem através de: <ul style="list-style-type: none"> Realizar pelo menos uma sessão de educação para a saúde para pais sobre a parentalidade 			
--	--	--	--	--	--	--

24

			<p>positiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza uma sessão de Educação para a saúde para pais e adolescentes sobre alimentação saudável e transtornos alimentares. - Propor a inclusão no serviço de um panfleto sobre as atividades promotoras do desenvolvimento infantil - Capacitar os pais para uma parentalidade positiva - Realizar uma Sessão de Educação para a saúde para pais sobre a parentalidade positiva e promoção da vinculação. <p>✓ Promove a auto-estima e auto-determinação do adolescente nas escolhas de saúde;</p> <p>✓ Aplica medidas não farmacológicas de alívio da dor existentes no serviço, ensina, instrui e treina os pais na adoção destas medidas para uma gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem.</p> <p>✓ Avalia a dor segundo o protocolo do serviço.</p> <p>✓ Cuidar da criança em situação de risco adotando medidas adequadas.</p> <p>✓ Promove a adaptação da família em situação de doença, insuficiência ou incapacidade na gestão de emoções.</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> • Domínio do desenvolvimento das 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão, refletindo sobre a prática clínica fundamentada na evidência científica. 	Mestranda		

25

	aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa bibliográfica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da mestranda. ✓ Reflete criticamente ao longo do estágio. ✓ Realiza reuniões informais com o enfermeiro cooperante. ✓ Realiza reunião de avaliação e do desenvolvimento do estágio. ✓ Potencia e desenvolve uma melhor congruência entre a auto e heteroavaliação. 			
--	-----------------------------	--	--	--	--	--

26

5 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de urgência	• Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. • Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presta Cuidados culturalmente sensíveis de acordo com a legislação em vigor e o código deontológico numa perspetiva holística. ✓ Avalia os resultados dos cuidados prestados e partilha na equipa, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados. 	Mestranda junto da EnFª cooperante César Machado	De 23 a 27 de março e de 13 a 30 abril	Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Torres Novas
	• Domínio da Melhoria da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. • Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática da especialidade. ✓ Utiliza diretivas na melhoria da qualidade da prática. ✓ Participa em programas existentes da melhoria contínua da qualidade. 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplica as diversas escalas protocoladas no serviço. ✓ Atua promovendo o bem-estar, a prevenção de incidentes, gerindo a efetividade terapêutica. 			
	• Domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. ✓ Colhe dados, estabelece prioridades de 			

27

		<ul style="list-style-type: none"> • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presta cuidados culturalmente sensíveis de acordo com a situação, planeia cuidados envolvendo a família, executa e avalia cuidados de acordo com os princípios científicos, efetua registos de acordo com os instrumentos do serviço (SAPE/Sciínico). ✓ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e diagnóstica e intervém em doenças comuns. ✓ Contribui para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem. ✓ Assistir a criança/ jovem e família de acordo com metodologia científica – Modelo Teórico de Anne Casey / CIPE, desde a admissão na unidade até à alta/transferência na equipa multidisciplinar. ✓ Presta cuidados especializados nas diferentes valências do serviço de urgência (sala de inaloterapia, tratamentos, triagem e Unidade de serviço de observação). ✓ Cooperar com o enfermeiro cooperante na manutenção do carro de emergência após a sua utilização e na organização do material. ✓ Colabora na triagem de prioridades das situações de urgência, de acordo o sistema de triagem de Manchester. ✓ Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, cooperando 			
--	--	---	---	--	--	--

28

			<p>com a equipa na prestação de cuidados apropriados.</p> <p>✓ Cooperar na estabilização da criança/ jovem em situação de risco de vida, perspetivando o transporte seguro para unidade diferenciada.</p> <p>✓ Transferência da criança/jovem em situação de risco de vida para unidade diferenciada</p> <p>✓ Cooperação com outras equipas dos outros serviços do hospital.</p> <p>✓ Negoceia a participação da família no cuidar à criança pela utilização do processo de enfermagem e estabelecimento de uma relação empática, procurando oportunidades de interagir com a família para aprendizagens de cuidados antecipatórios e prevenção do risco, facilitando a adoção de competências na gestão dos processos específicos de saúde/ doença, usa estratégias de comunicação adequadas à família e ao desenvolvimento da criança/jovem.</p> <p>✓ Promove a vinculação de forma sistemática e o desenvolvimento da parentalidade pela interação com a criança/ jovem através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os pais para uma parentalidade positiva - Educação para a saúde à criança/ jovem e sua família tendo por base o motivo de urgência, 			
--	--	--	---	--	--	--

29

			<p>cuidados antecipatórios e esclarecimento de dúvidas, fornecendo também panfletos/ recomendações em uso no serviço.</p> <p>✓ Aplica medidas não farmacológicas de alívio da dor existentes no serviço, ensina, instrui e treina os pais na adoção destas medidas para uma gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem.</p> <p>✓ Avalia a dor segundo o protocolo do serviço.</p> <p>✓ Cuidar da criança em situação de risco adotando medidas adequadas.</p> <p>✓ Promove a adaptação da família em situação de doença, insuficiência ou incapacidade na gestão de emoções.</p>			
	<p>• Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<p>• Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade.</p> <p>• Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>✓ Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão, refletindo sobre a prática clínica fundamentada na evidência científica.</p> <p>✓ Pesquisa bibliográfica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da mestranda.</p> <p>✓ Reflete criticamente ao longo do estágio.</p> <p>✓ Realiza reuniões informais com a enfermeira cooperante.</p> <p>✓ Realiza reunião de avaliação e do desenvolvimento do estágio.</p> <p>✓ Potencia e desenvolve uma melhor congruência entre o auto e heteroavaliação.</p>	Mestranda		

30

6 - Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;	• Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. • Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presta Cuidados culturalmente sensíveis de acordo com a legislação em vigor e o código deontológico numa perspetiva holística. ✓ Avalia os resultados dos cuidados prestados e partilha na equipa, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados. 	Mestranda e Enfª Cooperante Ângela Dinis (serviço de neonatologia) e César Machado (serviço de pediatria e urgência)	Serviço de Neonatologia (23 de fevereiro a 20 de março de 2015)	Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier; Serviço de Urgências Pediátricas do Hospital de Torres Novas; Serviço de Pediatria do Hospital de Torres Novas
	• Domínio da Melhoria da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. • Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática da especialidade. ✓ Utiliza diretivas na melhoria da qualidade da prática. ✓ Participa em programas existentes da melhoria contínua da qualidade. 		Serviço de Urgências Pediátricas (23 a 27 de março e de 13 a 30 abril)	
	• Domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro ✓ Aplica as escalas protocoladas no serviço. ✓ Atua promovendo o bem-estar, a prevenção de incidentes, gerindo a efetividade terapêutica. 		Serviço de Pediatria (4 de maio a 19 de Junho)	
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuida da criança/ jovem e sua família, em situação de particular exigência, recorrendo a diferentes abordagens e terapias na promoção da adoção de conhecimentos e estratégias em situações de doença oncológica, doença rara, deficiência e/ ou incapacidade. ✓ Promove uma relação adequada e dinâmica com a criança/ jovem e sua família na adoção de conhecimentos e estratégias facilitadores da situação de saúde/ doença com o fim máximo de autonomia e ganhos em saúde. 		Consulta de ambulatório do serviço de pediatria do CHMT (28 de Abril)	

31

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. ✓ Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. ✓ Colhe dados, estabelece prioridades de acordo com a situação, planeia cuidados envolvendo a família, executa e avalia cuidados de acordo com os princípios científicos, efetua registos de acordo com os instrumentos do serviço (SAPE/Scínica). ✓ Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e diagnóstica e intervém em doenças comuns. ✓ Contribui para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem. ✓ Assistir a criança/ jovem e família de acordo com metodologia científica – Modelo Teórico de Anne Casey / CIPE, desde a admissão na unidade até à alta/transferência. ✓ Avalia e reflete sobre a sua prática clínica ✓ Aplica conhecimentos e habilidades no suporte avançado de vida pediátrico no reconhecimento de situações de instabilidade 			
--	--	--	--	--	--	--

32

			das funções vitais e risco de morte. ✓ Aplica medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, de forma a alcançar uma gestão individualizada da dor e bem-estar da criança. ✓ Providencia cuidados de suporte à família nas situações complexas de saúde e morte.			
	• Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade. • Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento 	✓ Realiza pesquisa bibliográfica e procura de momentos de enfermagem que maximizem a prestação de cuidados especializados. ✓ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada tendo por base a prática baseada na evidência numa perspetiva da melhoria da qualidade de cuidados	Mestranda		

3 – CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto individual de estágio constituiu para a mestranda uma orientação de grande importância para estruturar e refletir antecipadamente sobre as atividades a realizar de acordo com os objetivos de estágio, para um planeamento refletido e organizado para a realização das atividades que permitem o desenvolvimento de competências de âmbito pessoal e profissional.

A mestranda espera alcançar os seus objetivos e atividades enquadradas na reflexão da prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica do processo de enfermagem e seguir todos os passos do ciclo de *Deming*. Tem consciência de que qualquer planeamento é sujeito eventualmente a algum ajuste inerente à concretização dos objetivos propostos.

Como fatores menos facilitadores são a gestão da família e do trabalho, estudo e estágio, mas que se revelarem numa aprendizagem na gestão do tempo e stresse.

Como expectativas pretende no final do estágio II possuir um conjunto de experiências clínicas que permitam uma reflexão crítica conducentes ao aprofundamento de aquisições técnicas, humanas e de saberes na área da criança/jovem e sua família nos diferentes domínios inerentes a um enfermeiro especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) Código deontológico. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) Conselho Jurisdicional: Parecer CJ 47

CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - *Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual*. Parecer número 267/2010. Lisboa.

CONSELHO DA EUROPA (2006) *Construir uma Europa com e para as crianças*. Brochura

Casey, A. (1995) *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Journal of Advanced Nursing. London: England, 22, 1058-1062

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Portugal

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Portugal

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011) *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Departamento da Qualidade em saúde*. 1ªed. Lisboa. 978-972-675-193-9

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005) *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Portugal

Franco, A. L. & S., & Bastos, A. C. de S. (2002). *Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o*

modelo da vigilância da saúde. *Psicologia Em Estudo*, 7(2), 65–72. doi:10.1590/S1413-73722002000200008

Lopes, M. & Catarino, H. & Dixe, M. (2010). *Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura*. Artigo de revisão. *Referência*. III Série (1) pp. 109-118

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República*, 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República*, 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Serrano, M. & Costa, A. & Costa, N. (2011). *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Artigo Científico. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (3) pp. 15-23

Silva, N. (2014) *Teoria da Vinculação*. Tese de Mestrado Faculdade de Medicina do Porto: Universidade do Porto. Porto: Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73037/2/80552.pdf>

Souza, J. (2014). *Desenvolvimento Infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos de NANDA I*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: Brasil

ANEXOS

37

Anexo I – Cronograma das atividades do estágio

Cronograma do Estágio de Enfermagem da Saúde da Criança e do jovem II

ID	Task Name	Start	Finish	2015	March 2015	April 2015	May 2015	June 2015
1	Estágio II	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
2	Realização do livro de Estágio	Fri 19/03/15	Thu 23/03/15					
3	Atuação em atividades com a família, em atendimento à sua saúde	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
4	Intervenções de enfermagem em parceria com a criança/jovem e família com uma consulta pediátrica e acompanhamento Pediátrico	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
5	Colaborar e participar em projetos institucionais e na realização de atividades na área da qualidade e ambiente de trabalho	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
6	Promover a saúde e o ambiente de trabalho pela segurança na administração de substâncias terapêuticas	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
7	Atuar em atividades educativas para a família e o sistema de atendimento (jovem e família)	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
8	Assistir e implementar a gestão em parceria e em plano de ações, promover a parentalidade saudável, da interação e auto-estima	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
9	Analisar o funcionamento relacionado à saúde da criança/jovem e família	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
10	Presenciar no serviço a abordagem da família no processo de avaliação de cuidados de enfermagem pediátrico	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
11	Diagnóstico precoce e intervenção nas doenças crônicas e situações de risco da criança/jovem	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
12	Atuação em atividades de enfermagem envolvendo a família e a rede de atenção às necessidades da criança/jovem	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
13	Promover o crescimento e desenvolvimento infantil	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
14	Preocupação biológica ao longo do estágio como suporte da prática clínica na investigação e no planejamento de ações de	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
15	Fornecer assistência à prática clínica especializada baseada em evidências	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
16	Elaborar projetos de intervenção de áreas: 1. Pac. Ativo	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
17	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
18	Integrar a equipe de saúde multidisciplinar	Mon 16/03/15	Fri 19/03/15					
19	Apresentar o conhecimento à enfermeira chefe e cooperante	Mon 23/03/15	Mon 23/03/15					
20	Visitar as instalações de outros serviços hospitalares	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
21	Conhecer a dinâmica e funcionamento das diferentes unidades (Unidade, Modelo Clínico, Métodos de organização de trabalho, plano)	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
22	Perceber formas de articulação com outros serviços com outros profissionais	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
23	Conhecer o funcionamento específico de cada unidade de trabalho e procedimentos de trabalho	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
24	Conhecer o contexto da criança/família, desde a admissão na unidade até a alta	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
25	Apresentação à enfermeira chefe e projeto individual de estágio	Fri 27/03/15	Fri 27/03/15					
26	Presenciar o trabalho em equipe de acordo com a legislação em vigor e o plano de estágio em uma perspectiva holística	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
27	Analisar os resultados das consultas prestadas e partilha na equipa, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
28	Substituir a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática da especialidade	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
29	Preparar e elaborar o plano para o serviço com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e outros sobre os atributos e competências do	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
30	Unidade de trabalho em função da qualidade do trabalho	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
31	Participar em programas educativos da melhoria da qualidade e análise	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
32	Aplicar as escalas protocoladas no serviço	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
33	Interagir com base na unidade de trabalho com os outros profissionais, nomeadamente enfermeiros, técnicos, psicólogos, etc.	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
34	Implementar a gestão em parceria, um plano de ações, promover a parentalidade, a capacidade de agir e a segurança da criança/jovem	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
35	Café de trabalho, estabelecer prioridades de acordo com a situação, analisar o trabalho desenvolvido e avaliar o mesmo	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
36	Promover o crescimento e desenvolvimento infantil e diagnóstico e monitorizar em doenças crônicas	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
37	Contribuir para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
38	Assistir o crescimento e a família de acordo com metodologias científicas – Modelo Técnico de Anne Casey / CPE, desde a admissão	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
39	Reconhecer situações de instabilidade das funções físicas e mentais, cooperar com a equipa na prestação de cuidados de	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
40	Avaliação de intervenções de trabalho	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
41	Negociar a participação da família no cuidar à criança/pessoa com o plano de estágio em estabelecimento de uma rede	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
42	Promover a vinculação de forma interdisciplinar e o desenvolvimento da potencialidade pela interação com o meio social através de	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					

Set 11/04/15

Cronograma do Estágio de Enfermagem da Saúde da Criança e do jovem II

ID	Task Name	Start	Finish	2015	March 2015	April 2015	May 2015	June 2015
43	Experiência Prática	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
44	Preparação de cuidados (regime, administração)	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
45	Conhecer a estrutura física	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
46	Estudar a estrutura física	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
47	Realizar uma sessão de formação para a análise para a melhoria e a continuidade dos cuidados e a promoção da vinculação	Mon 23/03/15	Mon 23/03/15					
48	Participar no estudo de estrutura física sobre o "modelo clínico"	Thu 12/03/15	Thu 12/03/15					
49	Cooperar com a enfermeira chefe e cooperante no cuidar do paciente internado na unidade de cuidados intensivos e intermediários	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
50	Aplicar métodos de farmacologia de acordo com os protocolos de trabalho, dentro e fora da unidade de trabalho	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
51	Analisar a estrutura física do serviço (Unidade de Cuidados Intermediários)	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
52	Promover a adaptação da família em situação de doença, hospitalar ou em situação de emergência. Em situação de saúde	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
53	Analisar o processo e os resultados da tomada de decisões, refletindo sobre a prática clínica fundamentada na evidência científica	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
54	Preocupação biológica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da realidade	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
55	Reflexão constante ao longo do estágio	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
56	Promover e desenvolver uma melhor comunicação entre a unidade e a família	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
57	Revisão informal com a enfermeira chefe e cooperante	Fri 26/03/15	Fri 26/03/15					
58	Revisão informal com a enfermeira chefe e cooperante	Fri 26/03/15	Fri 26/03/15					
59	Revisão informal com a enfermeira chefe e cooperante	Fri 26/03/15	Fri 26/03/15					
60	Estágio de Enfermagem Pediátrica de Hospital de Terceiro Nível	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
61	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
62	Integrar a equipe de saúde multidisciplinar	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
63	Apresentar o conhecimento à enfermeira chefe e cooperante	Mon 23/03/15	Mon 23/03/15					
64	Visitar as instalações de outros serviços hospitalares	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
65	Conhecer a dinâmica e funcionamento das diferentes unidades (Unidade, Modelo Clínico, Métodos de organização de trabalho, plano)	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
66	Perceber formas de articulação com outros serviços com outros profissionais	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
67	Conhecer o funcionamento específico de cada unidade de trabalho e procedimentos de trabalho	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
68	Conhecer o contexto da criança/família, desde a admissão na unidade até a alta	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
69	Apresentação à enfermeira chefe e projeto individual de estágio	Mon 23/03/15	Fri 26/03/15					
70	Presenciar o trabalho em equipe de acordo com a legislação em vigor e o plano de estágio em uma perspectiva holística	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
71	Atividade de trabalho	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
72	Presenciar o trabalho em equipe de acordo com a legislação em vigor e o plano de estágio em uma perspectiva holística	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
73	Analisar os resultados das consultas prestadas e partilha na equipa, para a promoção de cuidados de enfermagem especializados	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
74	Substituir a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática da especialidade	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
75	Unidade de trabalho em função da qualidade do trabalho	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
76	Participar em programas educativos da melhoria da qualidade e análise	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
77	Aplicar as escalas protocoladas no serviço	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
78	Atuar promovendo o bem-estar, a prevenção de incidentes, gerando a efetividade terapêutica	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
79	Implementar a gestão em parceria, um plano de ações, promover a parentalidade, a capacidade de agir e a segurança da criança/jovem	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
80	Café de trabalho, estabelecer prioridades de acordo com a situação, analisar o trabalho desenvolvido e avaliar o mesmo	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
81	Promover o crescimento e desenvolvimento infantil e diagnóstico e monitorizar em doenças crônicas	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
82	Contribuir para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
83	Assistir o crescimento e a família de acordo com metodologias científicas – Modelo Técnico de Anne Casey / CPE, desde a admissão	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
84	Cooperar com o enfermeiro cooperante na manutenção de cuidados de enfermagem de acordo com a realidade	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
85	Elaborar planos de cuidados de acordo com a legislação em vigor e o plano de estágio em uma perspectiva holística	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					
86	Reconhecer situações de instabilidade das funções físicas e mentais, cooperar com a equipa na prestação de cuidados de	Mon 23/03/15	Thu 26/03/15					

Set 11/04/15

Cronograma do Estágio de Enfermagem da Saúde da Criança e do jovem II

ID	Task Name	Start	Finish	2015	March 2015	April 2015	May 2015	June 2015
				08	09	10	11	12
87	Cooperar na estabilização de crianças/jovens em situação de risco de vida, submetido ou transportado segundo protocolo de triagem	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
88	Transfere a criança/jovem em situação de risco de vida para unidade diferenciada	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
89	Cooperar com outros equipes dos outros serviços do hospital	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
90	Resposta à participação da família no cuidar à criança/pelo atilização do processo de enfermagem e estabelecimento de uma rede	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
91	Promove a vinculação da família ao sistema de saúde e o desenvolvimento da parentalidade pelo interação com a criança/jovem, através de:	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
94	Aplica medidas de enfermagem de alto risco de acordo com o protocolo de serviço, emitiu, manuseia e transmite segundo o protocolo de serviço	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
95	Análise de registros e protocolos de serviços	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
96	Cuida da criança em situação de risco submetido a medidas de alto risco	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
97	Promove a adaptação da família em situação de emergência, oferecendo suporte emocional e capacitando no manejo de emergências	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
98	Análise de processos e resultados de atendimentos de emergência, refletindo sobre a prática e a fundamentação na evidência científica	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
99	Realiza abordagem biológica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da realidade da	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
100	Reflete criticamente ao longo do estágio	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
101	Realiza reuniões de avaliação e de desenvolvimento do estágio	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
102	Interage e desenvolve uma prática colaborativa com a equipe de especialização	Mar 23/05/15	Thu 26/05/15					
104	Estabelece serviços de Pediatra do Hospital de Torres Nunes	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
105	Conhece a estrutura física, organizacional e funcional	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
106	Integra a rede de saúde do município	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
107	Apreensão da importância da enfermagem de acordo com a realidade da comunidade	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
108	Visita às instituições de ensino superior, visando	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
109	Conhece a estrutura e funcionamento de diferentes unidades (unidade, modelo teórico, métodos de organização de trabalho, prática)	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
110	Perceber como a atuação de enfermeiros se concretiza em diferentes situações	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
111	Conhece o funcionamento da unidade de saúde - estrutura de normas e procedimentos vigentes	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
112	Conhece o contexto de atuação/ambiente, desde a comunidade até a unidade de saúde	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
113	Apreensão da importância da enfermagem de acordo com a realidade da comunidade	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
114	Prática Culturalmente sensível de acordo com a realidade em vigor e o estágio de identificação numa perspectiva holística	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
115	Análise de resultados dos cuidados prestados e partilha na equipe para a promoção de cuidados de enfermagem especializados	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
116	Visita a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática de especialização	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
117	Utiliza estratégias de melhoria da qualidade da prática	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
118	Participa em programas existentes de melhoria contínua da qualidade	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
119	Aplica as medidas de prevenção de infecções	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
120	Atua promovendo o bem-estar, o crescimento de indivíduos, gerando e estimulando a aprendizagem	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
121	Implementa o plano de saúde, em parceria com a comunidade, promovendo a participação da comunidade	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
122	Cuida de acordo com o protocolo de serviço de acordo com a realidade, visando o melhor atendimento à família, educação e avaliação	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
123	Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e diagnóstico e intervenções em situações de risco	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
124	Contribui para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
125	Assiste a criança/jovem e família de acordo com o protocolo de serviço - Modelo teórico de Anne Casey / QIP, desde a admissão	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
126	Responde às situações de emergência de acordo com o protocolo de serviço, colaborando com a equipe na prestação de cuidados de	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
127	Resposta à participação da família no cuidar à criança/pelo atilização do processo de enfermagem e estabelecimento de uma rede	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
128	Promove a vinculação da família ao sistema de saúde e o desenvolvimento da parentalidade pelo interação com a criança/jovem, através de:	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
129	Realiza reuniões de avaliação e de desenvolvimento do estágio	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
130	Interage e desenvolve uma prática colaborativa com a equipe de especialização	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
131	Conhece a estrutura física, organizacional e funcional	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
132	Realiza abordagem biológica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da realidade da	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					

Set 11/04/15

Cronograma do Estágio de Enfermagem da Saúde da Criança e do jovem II

ID	Task Name	Start	Finish	2015	March 2015	April 2015	May 2015	June 2015
				08	09	10	11	12
133	Aplica medidas de enfermagem de alto risco de acordo com o protocolo de serviço, emitiu, manuseia e transmite segundo o protocolo de serviço	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
134	Análise de registros e protocolos de serviços	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
135	Cuida da criança em situação de risco submetido a medidas de alto risco	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
136	Promove a adaptação da família em situação de emergência, oferecendo suporte emocional e capacitando no manejo de emergências	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
137	Análise de processos e resultados de atendimentos de emergência, refletindo sobre a prática e a fundamentação na evidência científica	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
138	Realiza abordagem biológica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da realidade da	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
139	Reflete criticamente ao longo do estágio	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
140	Realiza reuniões de avaliação e de desenvolvimento do estágio	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
141	Interage e desenvolve uma prática colaborativa com a equipe de especialização	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
142	Conhece a estrutura física, organizacional e funcional	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
143	Atividade em Saúde	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
144	Cuidado de Enfermagem e Família nas situações de emergência pediátrica	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
145	Prática Culturalmente sensível de acordo com a realidade em vigor e o estágio de identificação numa perspectiva holística	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
146	Análise de resultados dos cuidados prestados e partilha na equipe para a promoção de cuidados de enfermagem especializados	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
147	Visita a prática clínica na investigação e no conhecimento da prática de especialização	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
148	Utiliza estratégias de melhoria da qualidade da prática	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
149	Participa em programas existentes de melhoria contínua da qualidade	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
150	Aplica as medidas de prevenção de infecções	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
151	Atua promovendo o bem-estar, o crescimento de indivíduos, gerando e estimulando a aprendizagem	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
152	Implementa o plano de saúde, em parceria com a comunidade, promovendo a participação da comunidade	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
153	Cuida de acordo com o protocolo de serviço de acordo com a realidade, visando o melhor atendimento à família, educação e avaliação	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
154	Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e diagnóstico e intervenções em situações de risco	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
155	Contribui para a promoção da saúde utilizando o processo de enfermagem	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
156	Assiste a criança/jovem e família de acordo com o protocolo de serviço - Modelo teórico de Anne Casey / QIP, desde a admissão	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
157	Aplica medidas de enfermagem e habilidades no suporte especializado de alta complexidade no conhecimento de situações de emergência de	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
158	Aplica medidas de enfermagem e habilidades no suporte especializado de alta complexidade no conhecimento de situações de emergência de	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
159	Realiza abordagem biológica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da realidade da	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
160	Reflete criticamente ao longo do estágio	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
161	Realiza reuniões de avaliação e de desenvolvimento do estágio	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
162	Interage e desenvolve uma prática colaborativa com a equipe de especialização	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
163	Conhece a estrutura física, organizacional e funcional	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
164	Realiza abordagem biológica ao longo do estágio, de acordo com as necessidades da realidade da	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					
165	Reflete criticamente ao longo do estágio	Mar 04/05/15	Thu 05/05/15					

Set 11/04/15

Apêndice M – Diapositivos das sessões de educação para a saúde para pais durante o período de estágio

Diapositivos referentes a sessão no serviço de neonatologia

PARENTALIDADE POSITIVA

A importância da vinculação




Musica de Chris Zabriskie

Oradora:
Marisa Serra
Mestranda em Enfermagem Saúde da Criança e do Jovem



SESSÃO SOBRE:

- ▶ Comportamentos de vinculação
- ▶ Competências parentais
- ▶ Como estimular o bebé
- ▶ A importância do afeto no desenvolvimento do bebé
- ▶ Parentalidade positiva
- ▶ Beneficiar de musicoterapia



A FAMÍLIA

- ▶ **Transmite as referências identificadoras que são determinantes para o desenvolvimento da criança**



Direção - Geral da Saúde (2005)

PARENTALIDADE

A relação pai-filho de alta qualidade é essencial para o desenvolvimento saudável.



- ▶ **Permitir que o bebê desenvolva as suas capacidades da forma mais completa possível, dentro de fora da família.**
- ▶ **Promover o desenvolvimento de forma mais plena possível.** (Cruz, 2013)
- ▶ **Preparar as crianças para a vida como adulta.**
- ▶ **Garantir a saúde e a segurança das crianças.** American Psychological Association

(APA), 2014

COMPETÊNCIAS PARENTAIS

- ▶ Cuidados básicos
- ▶ Segurança
- ▶ Apoio emocional
- ▶ Orientação e limites
- ▶ Estimulação
- ▶ Estabilidade



PARENTALIDADE POSITIVA

- ▶ São comportamentos e valores parentais, baseados no maior interesse da criança; (American Academy of pediatrics, citada por Lopes, Catarino e Dixe, 2010)
- ▶ A parentalidade positiva é fundamental nos primeiros três anos de vida da criança, para a sua auto-estima, auto-confiança e facilitar o seu desenvolvimento; (Direção-Geral da Saúde, 2005)
- ▶ Reconhece os pais e as crianças como titulares de direitos e obrigações na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças. (Council of Europe, citada por Lopes, Catarino e Dixe, 2010)



PRINCÍPIOS DA PARENTALIDADE POSITIVA

CONSTRUIR E MANTER UM AMBIENTE

- ▶ Seguro e Interessante
- ▶ Caloroso e Responsivo
- ▶ Aprendizagem/ Estimulante
- ▶ Estar presente nas ações da criança
- ▶ Cuidar de si enquanto pessoa



QUE INTERAÇÃO PARENTAL ?

- ▶ Tempo de qualidade com a criança /Dar atenção
- ▶ Mostrar afeto/ Elogiar
- ▶ Ser sensível às necessidades emocionais da criança e dar resposta adequada
- ▶ Ter expectativas realistas



ESPAÇO SEGURO

- ▶ Organizar espaços adequados para o vosso filho
- ▶ Organizar oportunidades para aprender:
- ▶ Proporcionar momentos entre pais e filho/s:
- ▶ Adquirir objetos estimulantes para partilhar com a criança reforçando vínculos
- ▶ Estar disponível para responder às iniciativas de interação do bebé
- ▶ Organizar passeios



EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS

- ▶ NA INTERAÇÃO COM O BEBÉ, SER EMOCIONALMENTE NEUTRO:
- ▶ Expressir sentimentos de forma a não magoar os outros
- ▶ Desenvolver sentimentos positivos em relação a si e aos outros
- ▶ Lidar com a frustração (aceitar os seus limites pessoais e em casal)



VÍNCULO ?

É o comportamentos do bebé que favorecem a proximidade

▶ COMPORTAMENTOS ?

- ▶ Choro
- ▶ Sorriso
- ▶ Olhar

Direção - Geral da Saúde (2005)



VÍNCULO

- ▶ **A formação do vínculo afetivo entre os pais e o bebé é a primeira base do desenvolvimento psíquico futuro**



O contacto precoce desde as primeiras horas de vida (*rooming in*) ;

Direção - Geral da Saúde (2005)

VÍNCULO – PORQUÊ?

- ▶ Interações **precoces** desenvolvem o bebê a vários níveis:
- ▶ **Cognitivo**
- ▶ **Emocional**
- ▶ **Relacional**

Direção - Geral da Saúde (2005)



O QUE FAZ?

- ▶ **Sentimento de Segurança**
- ▶ **Confiança na relação outros**
- ▶ **Curiosidade em explorar**
- ▶ **Desejo em explorar o mundo**

PARENTALIDADE POSITIVA ?



PARENTALIDADE POSITIVA

▶ **Aceitação e de não hostilidade**

- ▶ Atitude afetiva;
- ▶ Amor;
- ▶ Aprovação
- ▶ Reforços positivos

▶ (Cruz, 2013)



PARENTALIDADE POSITIVA

▶ **Ideias dos pais...**

- ▶ Influência da personalidade/ Temperamento
- ▶ Cultura
- ▶ Nível social
- ▶ Consistência e solidez de ideias
- ▶ Valores e crenças
- ▶ Ideias centradas na criança
- ▶ Expetativas

▶ (Cruz, 2013)



PARENTALIDADE POSITIVA



- ▶ **As interações mais responsivas estimulam emoções positivas**
- ▶ Melhor para o desenvolvimento da criança

▶ (Cruz, 2013)

EMOÇÕES DOS PAIS DEPENDEM:

- ▶ **Instrospeção;**
- ▶ **Análise das emoções;**
- ▶ **Auto-controlo (no pensamento, comportamento e emoção)**



- ▶ **As expressões de afeto positivo estimulam na criança um comportamento cooperante;**
- ▶ **Respeita o ritmo da criança**

INTERAÇÕES BEBÉS PAIS POSITIVAS

A relação pais-filho de alta qualidade é essencial para o desenvolvimento saudável.



- ▶ **As crianças possuem mais bem estar quando os pais:**
- ▶ **São mais calorosos e carinhosos;**
- ▶ **Reagem ao choro**



▶ (Conselho da Europa, 2006)

A
PARENTALIDADE
É UMA
EXPERIÊNCIA
EMOCIONAL

(CRUZ, 2013)



INTERAÇÕES BEBÉS/PAIS POSITIVA NA NEONATOLOGIA

▶ Os pais podem:

- ▶ Estar presentes e conhecerem o ritmo do seu bebê
- ▶ Observar o bebê olhos nos olhos
- ▶ Interagir com o bebê especialmente quando acordado e ativo
- ▶ Falar e cantar em tom de voz suave
- ▶ tocar com pressão suave e contínua
- ▶ Oferecer o dedo para o acalmar
- ▶ Oferecer a chupeta
- ▶ Participar nos cuidados ao bebê: mudar a fralda, higiene e posicionar no "ninho" e alimentar o bebê, sempre que possível estimular a produção de leite materno.



COMO O BEBÉ VÊ A MÃE?

RELAÇÃO MÃE - BEBÉ

▶ Entre os 2 – 4 meses:

- ▶ O bebê interage de forma diferente com a mãe, mostra **preferência** por ela



RELAÇÃO MÃE - BEBÉ

▶ Entre os 4 - 7 meses:

- ▶ O bebê cria **expectativas** em relação à resposta da mãe ou substituto no caso de mal-estar ou tensão



RELAÇÃO MÃE – BEBÉ – VINCULAÇÃO SEGURA

▶ O bebê pensa/sente:

- ▶ Posso confiar nos outros
- ▶ Sou digno de ser amado
- ▶ O meu mundo é seguro



RELAÇÃO MÃE - BEBÉ

▶ Entre os 7 - 12 meses:

- ▶ O bebê mostra **preferência** clara por um número restrito de figuras de vinculação (pais). O bebê tem medo da separação e angústia perante um estranho



HÁ VÁRIOS TIPOS DE VINCULAÇÃO

TIPOS DE VINCULAÇÃO

► Vinculação Segura:

Bebé

Reage positivamente à chegada das pais

Prefere os pais

Pais

Responde às necessidades da criança de forma calorosa e sensível;

Está disponível física e emocionalmente

Tem prazer na interação com o bebe



Direção - Geral da Saúde (2005)

TIPOS DE VINCULAÇÃO

► Vinculação insegura - ambivalente:

Bebé

Fica perturbado e inquieto se separado dos pais

Difícil de acalmar

Dificuldade em explorar

Pais

Responde às necessidades do bebé de forma:

Inconsciente e Imprevisível



Direção - Geral da Saúde (2005)

**QUAIS AS ATIVIDADES
PROMOTORAS DO
DESENVOLVIMENTO DO
BEBÉ ?**

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

4 – 6 semanas

Movimentar objetos em frente ao bebê a uma distância de cerca de 20 cm;
Produzir sons suaves (cantar, chocalhos, caixas de música);
Dar colo, conversar com o bebê, tocar-lhe, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento;
Nunca colocar o bebê a dormir de barriga para baixo; Realizar massagens; Estar com o bebê

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

3 meses

Interagir através da fala;
usar a mímica do rosto e imitar sons;
Dançar com o bebê ao colo;
Cantar;
Dar colo;
Evitar que esteja deitado por longos períodos;
Oferecer objetos para agarrar e seguir colocar os objetos pendentes;
Desenvolver ritual de apoio para dormir, sem deixar chorar em demasia.

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

6 meses

Oferecer brinquedos de cores vivas para as mãos do bebê (para que possa passar de uma mão para a outra);
Conversar e incentivá-lo a produzir sons;
Dar colo;
Sentá-lo com apoio;
Não entrar em conflito durante as refeições;
Manter ritual de sono.

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

9 meses

Oferecer objetos e coloca-los em locais diferentes (em cima de cadeira) para incentivar a busca dos mesmos; Brincar ao esconde;
Oferecer 2 objetos para a mão e um terceiro no chão (para que resolva o “problema”);
Chamar os objetos pelo nome;
Oferecer várias texturas para tocar; brincar ao Cu-cu;
Imitar sons de animais e incentiva-lo a imitar;
Realizar massagens.



O ESSENCIAL É INVISÍVEL PARA OS OLHOS...
Saint Exupery



Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=QkvHDTKGRmE>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Direção-Geral da Saúde (2005) Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Lisboa: Portugal
- ▶ CONSELHO DA EUROPA (2006) Construir uma Europa com e para as crianças. Lisboa. Brochura
- ▶ Cruz, O. (2013) Parentalidade. Porto: Livpsic. ISBN: 978-989-8148-83-4
- ▶ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Portugal
- ▶ Lopes, M; Catarino, H.; Dixe, M. (2010) Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Artigo de revisão. Referência. III Série (1) pp. 109-118
- ▶ Silva, N. (2014) Teoria da Vinculação. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina do Porto: Universidade do Porto, Portugal
- ▶ Audio: disponível em http://freemusicarchive.org/music/Chris_Zabriskie/Undercover_Vampire_Policeman consultado a 3-1-2015
- ▶ Vídeo: disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=QkvHDTKGRmE> consultado a 3-1-2015

 **CHMT**
Centro Hospitalar de Matosinhos, E.P.E.S.

SER PAI E MÃE...

PARENTALIDADE POSITIVA

Promoção do vinculação e do desenvolvimento



3 de junho de 2015
Serviço de Pediatria
Hospital de Torres Novas

Oradora
Enfermeira Marisa Serra
Mestranda em Saúde da Criança e do Jovem

Musica de Chris Zabriskie

VAMOS FALAR DE...

- ▶ Refletir sobre as competências parentais
- ▶ Identificar comportamentos de vinculação
- ▶ Compreender a importância da transmissão de afeto no desenvolvimento do bebé
- ▶ Conhecer estratégias de estímulo para o desenvolvimento do bebé
- ▶ Sensibilizar para a parentalidade positiva e realização de atividades promotoras do desenvolvimento
- ▶ Beneficiar de musicoterapia



A FAMÍLIA

- ▶ **Transmite as referências identificatórias que são determinantes para o desenvolvimento da criança**



Direção - Geral da Saúde (2005)

PARENTALIDADE

A relação pai-filho de alta qualidade é essencial para o desenvolvimento saudável.

- ▶ **Criar as condições necessárias para que o vosso bebé desenvolva as suas capacidades da forma mais completa possível, dentro de fora da família.**
- ▶ **Promover o desenvolvimento de forma mais plena possível.** (Cruz, 2013)
- ▶ **Preparar as crianças para a vida como adulta.**
- ▶ **Garantir a saúde e a segurança das crianças.** American Psychological Association (APA), 2014



COMPETÊNCIAS PARENTAIS - SER PAI E MÃE

- ▶ Cuidados básicos
- ▶ Segurança
- ▶ Apoio emocional
- ▶ Orientação e limites
- ▶ Estimulação
- ▶ Estabilidade



VINCULAÇÃO?

VÍNCULO ?

É o comportamentos do bebé que favorecem a proximidade

▶ COMPORTAMENTOS ?

- ▶ Choro
- ▶ Sorriso
- ▶ Olhar

Direção - Geral da Saúde (2005)



VÍNCULO

- ▶ A formação do vínculo afetivo entre os pais e o bebé é a primeira base do desenvolvimento psíquico futuro

Direção - Geral da Saúde (2005)



O contacto precoce desde as primeiras horas de vida (*rooming in*) ;

VÍNCULO – PORQUÊ?

- ▶ Interações **precoces** desenvolvem o bebê a vários níveis:

- ▶ **Cognitivo**
- ▶ **Emocional**
- ▶ **Relacional**



Direção - Geral da Saúde (2005)

O QUE FAZ?

- ▶ **Sentimento de Segurança**
- ▶ **Confiança na relação outros**
- ▶ **Curiosidade em explorar**
- ▶ **Desejo em explorar o mundo**

TIPOS DE VINCULAÇÃO

TIPOS DE VINCULAÇÃO

► Vinculação Segura:

Bebé

Reage positivamente à chegada das pais

Prefere os pais

Pais

Responde às necessidades da criança de forma calorosa e sensível;

Está disponível física e emocionalmente

Tem prazer na interação com o bebe



Direção - Geral da Saúde (2005)

TIPOS DE VINCULAÇÃO

► Vinculação Insegura - evitante:

Bebé

Quase não reage à separação dos pais

Não procura proximidade com os pais

Pais

Indisponíveis

Não responsivo

rejeitante



Direção - Geral da Saúde (2005)

TIPOS DE VINCULAÇÃO

► Vinculação insegura - ambivalente:

Bebé

Fica perturbado e inquieto se separado dos pais

Difícil de acalmar

Dificuldade em explorar

Pais

Responde às necessidades do bebé de forma:

Inconsciente e Imprevisível



Direção - Geral da Saúde (2005)

TIPOS DE VINCULAÇÃO

► Vinculação insegura - desorganizada:

Bebé

Assusta-se com os pais

Olhar alheado e assustado

Pais

Abusivo

Negligente

Ansioso

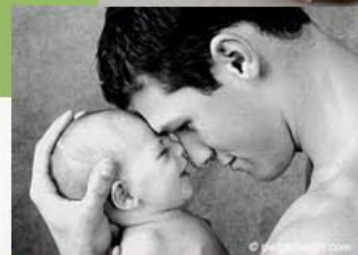


Direção-Geral da Saúde (2005)

PARENTALIDADE POSITIVA ?

- ▶ Comportamentos
- ▶ Cognições (forma de pensar)
- ▶ Afetos (sentimentos)

▶ (Cruz, 2013)



PARENTALIDADE POSITIVA

A relação pais-filho de alta qualidade é essencial para o desenvolvimento saudável.

- ▶ Em 2006 os estados membros da Europa recomendaram medidas legislativas, financeiras e administrativas de apoio a uma parentalidade positiva;
- ▶ Aconselha medidas políticas que permitam conciliar a vida pessoal e profissional.
- ▶ A parentalidade positiva pode ser aprendida;

▶ (Conselho da Europa, 2006)



PARENTALIDADE POSITIVA



- ▶ **São comportamentos e valores parentais, baseados no maior interesse da criança;** (American Academy of pediatrics, citada por Lopes, Catarino e Dixe, 2010)
- ▶ **A parentalidade positiva é fundamental nos primeiros três anos de vida da criança, para a sua auto-estima, auto-confiança e o seu desenvolvimento;** (Direção-Geral da Saúde, 2005)
- ▶ **Reconhece nos pais como titulares de direitos e obrigações na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças.** (Council of Europe, citada por Lopes, Catarino e Dixe, 2010)


PRINCÍPIOS DA PARENTALIDADE POSITIVA

CONSTRUIR E MANTER UM AMBIENTE:

- ▶ Seguro,
- ▶ Interessante,
- ▶ Caloroso
- ▶ Responsivo
- ▶ Aprendizagem
- ▶ Estimulante
- ▶ Supervisar as ações da criança
- ▶ Cuidar de si enquanto pessoa



ESPAÇO SEGURO

- ▶ Organizar espaços adequados para o vosso filho
 - ▶ Organizar oportunidades para aprender:
 - ▶ Proporcionar momentos entre pais e filho/s:
- 
- ▶ Adquirir objetos estimulantes para partilhar com a criança reforçando vínculos
 - ▶ Estar disponível para responder às iniciativas de interação do bebé
 - ▶ Organizar passeios



QUE INTERAÇÃO PARENTAL ?

- ▶ Tempo de qualidade com a criança
- ▶ Mostrar afeto
- ▶ Elogiar
- ▶ Dar atenção
- ▶ Ser sensível às necessidades emocionais da criança e dar resposta adequada
- ▶ Ter expectativas realistas



INTERAÇÃO PAIS-BEBÉS POSITIVA

- ▶ **Reagir ao choro e às solicitações da criança;**
- ▶ **Reagir com afeto;**

▶ (Lopes, M; Catarino, H.; Dixe, M, 2010)



EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS



- ▶ **Na interação com o bebê, ser emocionalmente neutro:**
- ▶ Exprimir sentimentos de forma a não magoar os outros
- ▶ Desenvolver sentimentos positivos em relação a si e aos outros
- ▶ Lidar com a frustração (aceitar os seus limites pessoais e em casal)

PARENTALIDADE POSITIVA

▶ **Influência do Comportamento:**

▶ **Aceitação e de não hostilidade**

- ▶ Atitude afetiva;
- ▶ Amor;
- ▶ Aprovação
- ▶ Elogio ao comportamento da criança com reforços positivos

▶ (Cruz, 2013)



PARENTALIDADE POSITIVA

▶ **Influência da forma de pensar:**

▶ **Ideias dos pais...**

- ▶ Influência da **personalidade/ Temperamento**
- ▶ **Cultura**
- ▶ Nível **social**
- ▶ **Valores e crenças**
- ▶ Ideias **centradas na criança**
- ▶ **Expetativas!**

▶ (Cruz, 2013)



PARENTALIDADE POSITIVA



▶ **Influência dos Afetos:**

- ▶ As **interações mais responsivas** estimulam emoções positivas
- ▶ Produz resultados favoráveis no desenvolvimento da criança

▶ (Cruz, 2013)

PARENTALIDADE POSITIVA



- ▶ **Expressar o afeto de forma positivo estimula na criança um comportamento cooperante;**
- ▶ **Há que respeitar o ritmo da criança**

As emoções dos pais dependem:

- ▶ **Instrospeção;**
- ▶ **Avaliar as emoções;**
- ▶ **Capacidade de auto-controlo**

PARENTALIDADE POSITIVA



As crianças possuem mais bem-estar quando os pais:

- ▶ São mais calorosos e carinhosos;
- ▶ Possuem mais tempo de qualidade com os filhos;
- ▶ Tentam compreender as atitudes e comportamentos dos filhos;
- ▶ Elogiam;
- ▶ Reagem ao castigo com explicações e castigo não-violento;

A relação pais-filho de alta qualidade é essencial para o desenvolvimento saudável.

▶ (Conselho da Europa, 2006)

A
PARENTALIDADE
É UMA
EXPERIÊNCIA
EMOCIONAL

(CRUZ, 2013)



COMO O BEBÉ VÊ A MÃE?

RELAÇÃO MÃE - BEBÉ

- ▶ Entre os 2 – 4 meses:
- ▶ O bebê interage de forma diferente com a mãe, mostra **preferência** por ela



RELAÇÃO MÃE - BEBÉ

▶ Entre os 4 - 7 meses:

- ▶ O bebé cria **expectativas** em relação à resposta da mãe ou substituto no caso de mal-estar ou tensão
- ▶ (bebé cria os chamados modelos operativos internos)



RELAÇÃO MÃE – BEBÉ – VINCULAÇÃO SEGURA

▶ O bebé pensa/sente:

- ▶ Posso confiar nos outros
- ▶ Sou digno de ser amado
- ▶ O meu mundo é seguro



RELAÇÃO MÃE - BEBÉ

▶ Entre os 7 - 12 meses:

- ▶ O bebê mostra **preferência** clara por um número restrito de figuras de vinculação (pais). O bebê tem medo da separação e angústia perante um estranho



QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ ?

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

4 – 6 semanas

Movimentar objetos em frente ao bebê a uma distância de cerca de 20 cm;
Produzir sons suaves (cantar, caixas de música);
Dar colo, conversar com o bebê, tocar-lhe, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento;
Colocar o bebê a dormir em posição confortável; Realizar massagens; Estar com o bebê

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

3 meses

Interagir através da fala;
usar a mímica do rosto e imitar sons;
Dançar com o bebê ao colo;
Cantar;
Dar colo;
Evitar que esteja deitado por longos períodos;
Oferecer objetos para agarrar e seguir colocar os objetos pendentes;
Desenvolver ritual de apoio para dormir, sem deixar chorar em demasia.

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

6 meses

**Oferecer brinquedos de cores vivas para as mãos do bebê (para que possa passar de uma mão para a outra);
Conversar e incentivá-lo a produzir sons;
Dar colo;
Sentá-lo com apoio;
Não entrar em conflito durante as refeições;
Manter ritual de sono.**

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

9 meses

**Oferecer objetos e coloca-los em locais diferentes (em cima de cadeira) para incentivar a busca dos mesmos; Brincar ao esconde-esconde;
Oferecer 2 objetos para a mão e um terceiro no chão (para que resolva o “problema”;
Chamar os objetos pelo nome;
Oferecer várias texturas para tocar;
brincar ao CÚ-CÚ;
Imitar sons de animais e incentiva-lo a imitar;
Realizar massagens.**

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

12 meses

Permitir que a criança desenvolva capacidades físicas;
Permitir que a criança tome algumas decisões;
No caso de birras, reagir com firmeza e calma;
Manter os rituais de sono;
Na hora da refeição não entrar em conflito;
Estimular tarefas/ordens simples e elogiar;
Oferecer cubos para as mãos;
Incentivar que seja a criança a pedir o que deseja;
Educar com regras e limites.

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

18 meses

Estimular a criança a arrumar os brinquedos;
Olhar para um boneco e repetir o nome das partes do corpo;
Ensinar a "rabiscar";
Ensinar sobre os perigos;
Incentivar o convívio;
Elogiar quando a criança fizer algo sozinha;
Realizar atividades lúdicas (dança, canto);
Impor regras e limites, não ceder a chantagens

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

2 anos

**Proporcionar atividades físicas;
Estimular controlo de esfíncteres;
Ajudar a criança a pronunciar palavras;
Estimular a arrumação, a imitação;
Oferecer tintas para desenhar;
Oferecer várias texturas, livros, puzzles e jogos;
Pedir para ajudar em pequenas tarefas;
Permitir que a criança expresse o seu pensamento e desejos;
Impor regras e limites**

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

3 anos

**Promover atividades físicas e lúdicas (exemplo: andar de triciclo);
Dar oportunidades da criança fantasiar;
Pedir à criança que conte histórias;
Dar responsabilidades;
Respeitar e conduzir os rituais de sono (medos);
Ter paciência, é a fase dos “porquês”;
Não ridicularizar comportamentos;
Ajudar na partilha de brinquedos;
Acompanhar programas televisivos;
Regras, limites, não ceder a chantagens.**

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

4 anos

Promover construções de legos e puzzles e atividade física;
Proporcionar desenhos, especialmente da figura humana;
Usar brincadeiras que envolvam a distinção de cores, ensinar canções e versos;
Aceitar avanços e recuos da criança e permitir que expresse os seus sentimentos e vontades;
Permitir que participe em afazeres, mesmo que simbólicos;
Impor regras e limites.

QUAIS AS ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO?

5 a 6 anos

Selecionar programas televisivos, tempo e horário (1 hora);
Promova atividades físicas e jogos;
Ensinar a cortar e colar;
Não ridicularizar medos, ajude a superar;
Ensine as formas geométricas;
Incentivá-la a fazer perguntas;
Continuar a proporcionar responsabilidades;
Incutir regras e limites.



O ESSENCIAL É INVISÍVEL PARA OS OLHOS...
Saint Exupery



Shakira habla de...

Mimar
a tu bebé

Shakira em... Mimar seu bebê

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=QkvHDTKGRmE>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Direção-Geral da Saúde (2005) Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Lisboa: Portugal
- ▶ CONSELHO DA EUROPA (2006) Construir uma Europa com e para as crianças. Lisboa. Brochura
- ▶ Cruz, O. (2013) Parentalidade. Porto: Livpsic. ISBN: 978-989-8148-83-4
- ▶ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Portugal
- ▶ Lopes, M; Catarino, H.; Dixe, M. (2010) Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Artigo de revisão. Referência. III Série (1) pp. 109-118
- ▶ Silva, N. (2014) Teoria da Vinculação. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina do Porto: Universidade do Porto. Portugal
- ▶ Audio: disponível em http://freemusicarchive.org/music/Chris_Zabriskie/Undercover_Vampire_Policeman consultado a 3-1-2015
- ▶ Vídeo: disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=QkvHDTKGRmE> consultado a 3-1-2015



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL VS TRANSTORNOS

Na adolescência



Enfermeira:
Márcia Serra
Mestranda em Saúde da Criança e do Jovem

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança: 1 de junho de 2015

OBJETIVOS

- Conhecer contributos da alimentação saudável
- Identificar fonte fidedigna para saber mais sobre alimentação saudável
- Associar alimentação saudável a vida saudável
- Definir transtornos alimentares
- Identificar pelo menos três sinais/sintomas de anorexia e bulimia
- Refletir sobre distúrbios alimentares e o impacto na vida dos jovens com baixa auto-estima



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



TEENAGER IN THE HOUSE

Brain under construction

- Segundo a OMS a adolescência é um período da vida que corresponde entre os 10 e os 19 anos de idade.
- Esta fase é de intenso crescimento e desenvolvimento físico e psíquico, exigindo um aumento das necessidades nutricionais.
- A adoção de estilos de vida menos saudáveis poderá ter consequências negativas na saúde do jovem e na do adulto que ele virá a ser, por isso este deve procurar ter uma alimentação saudável e praticar atividade física.

▪ (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



Plataforma Contra a Obesidade

www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/contenudo.aspx?menuid=247&extmenuid=115&SelMenuId=247

Aplicações Sites Sugeridos

o programa realidade portuguesa orientações biblioteca alimentar e receitas parcerias e projetos ferramentas

Plataforma Obesidade > Ferramentas > Roda dos Alimentos

SPARE

Aplicações Mobile

Cálculo do Índice de Massa Corporal

Roda dos Alimentos

Tabela de equivalentes

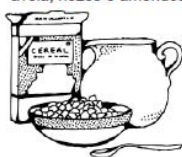
Saiba mais sobre os alimentos

Grupo Alimentar	Porções Recomendadas
Gorduras e óleos	1 a 3 porções
Lacteínios	2 a 3 porções
Carne, peixe e ovos	15 a 45 porções
Leguminosas e derivadas	1 a 2 porções
Cereais e derivados e tubérculos	4 a 8 porções
Hortícolas	3 a 5 porções
Frutas	3 a 5 porções

17-May-15

Que cuidados nutricionais

- **Pequeno-almoço deve ser uma refeição completa e equilibrada:**
 - Deverá incluir alimentos do grupo dos cereais e derivados, do grupo dos laticínios e do grupo da fruta.
- **Proteínas:** 34 g a 52 g por dia (10-30% valor energético total diário)
- **Hidratos de Carbono:** 130 g por dia – cereais e derivados integrais, fruta e vegetais
- **Gorduras:** o objetivo é não exceder os 35% do valor energético total diário, com consumo adequado de ácidos gordos essenciais, ômega 3 e 6 (salmão, atum, arenque e cavala)
- **Vitaminas:** cálcio, zinco (essencial no crescimento e maturação sexual: leguminosas, peixe, marisco, cereais, frutos gordos, como a avelã, nozes e amêndoa)



▪ (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



10 boas razões para comer sopa

Atualmente, as Ciências da Nutrição entendem a sopa como um tipo de confeção que disponibiliza quantidades muito significativas de nutrientes (vitaminas, minerais...) e outras substâncias protetoras do nosso organismo, que nunca chegariam a ser absorvidas de outra forma.

→ É de fácil digestão e de grande capacidade hidratante. A sopa, no início de uma refeição aumenta a produção biliar, reduz os teores de colesterol e promove a libertação gradual de insulina, estimulando o apetite e saciando precoce e continuamente. Ao contrário de outras preparações culinárias, não possui quantidades significativas de tóxicos, antinutrientes ou alergénios de ocorrência natural.

(<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



DIETA MEDITERRÂNICA

- O conceito de dieta mediterrânica foi introduzido em 1993:
- *Oldways Preservation & Exchange Trust* (organização que elabora estudos na área);
- *Escola de Saúde Pública de Harvard*;
- *Organização Mundial de Saúde*.
- Baseia-se num conjunto de tradições alimentares de países do mediterrânico, como a Grécia, Itália, Espanha e Portugal. <http://www.alimentacaosaudavel.org/>

Hospital de Torres Novas



17-May-15



DIETA MEDITERRÂNICA

- Esta dieta inclui, essencialmente:
 - **Azeitonas e azeite**
 - **Grãos inteiros, especialmente em pães e cereais em vez de massas**
 - **Muito pouca carne vermelha**
 - **Peixe e mariscos**
 - **Queijos, mas pouco leite**
 - **Bastantes vegetais**
 - **Legumes e frutos secos**
 - **Vinho tinto**

<http://www.alimentacaosaudavel.org/>

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança



17-May-15



TRANSTORNOS ALIMENTARES

Na adolescência



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15

TRANSTORNOS ALIMENTAR

- Os **Transtornos Alimentares** (TA) são graves distúrbios psiquiátricos considerados importantes problemas de saúde.
- Os quadros clássicos têm seus critérios diagnósticos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou Associação Americana de Psiquiatria (APA),
- Existem outros quadros considerados não oficiais têm sido sugeridos nos últimos anos
- *disordered eating*, como por ex. a ortorexia nervosa



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15

TRANSTORNOS ALIMENTAR

- Os **transtornos alimentares** são um conjunto de doenças, em que a pessoa está tão preocupada com a comida e o seu peso que muitas das vezes não consegue pensar noutra coisa;
- Os **principais tipos** são a anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar
- O **tratamento** geralmente envolve psicoterapia (reforço da auto-estima), educação nutricional, aconselhamento familiar, medicamentos e hospitalização.

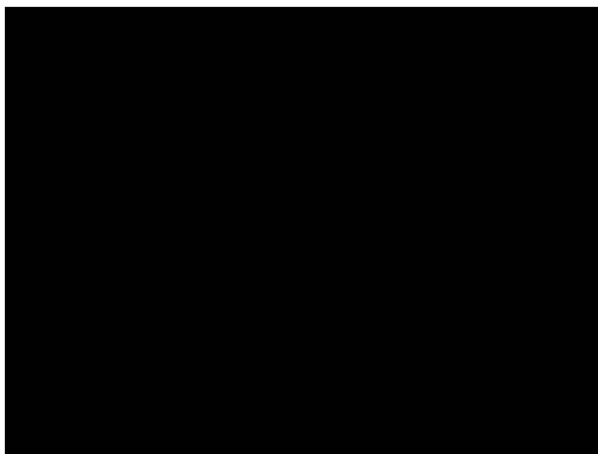


(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



TRANSTORNOS ALIMENTARES

- Quase toda a gente se preocupa com o seu peso ocasionalmente.
- Pessoas com distúrbios alimentares levam essa preocupação ao extremo.

(American Psychological Association, 2014)

- Os distúrbios alimentares, muitas vezes caminham lado a lado com outros problemas psiquiátricos:

- transtornos de ansiedade;
- Depressão/baixa auto-estima;
- abuso de substâncias.



<http://www.disturbiosalimentares.com>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



ANOREXIA NERVOSA



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15

ANOREXIA NERVOSA

- As pessoas com anorexia nervosa têm uma imagem distorcida do corpo, o que faz com que elas se vejam como excesso de peso , mesmo quando estão perigosamente magras.
- Doença que pode levar à morte; (APA, 2011)
- Segundo o Instituto Nacional de Saúde Mental, cerca de um em cada 25 adolescentes e mulheres têm anorexia na sua vida. A maioria vai negar que eles têm um distúrbio alimentar;
- Em Portugal, segundo a DGS (2013) em 2011 foram internadas 132.



ANOREXIA NERVOSA

- Cerca de 90-95 % dos portadores de anorexia nervosa são raparigas e mulheres;
- Anorexia nervosa é um dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns em mulheres jovens;
- Anorexia nervosa tem uma das taxas de mortalidade mais elevadas de qualquer condição de saúde mental;
- Anorexia nervosa normalmente aparece no início da adolescência.



SINAIS DE ALARME: ANOREXIA

- Achar-se sempre gordo
- Atitude crítica sobre a imagem corporal
- Instabilidade emocional
- Isolamento social
- Consumo excessivo de produtos magros (baixo valor calórico)
- Não assumir a fome, não terminar as refeições
- Grandes oscilações de peso
- Amenorreia nas raparigas e perda de ereção nos rapazes
- Comer grandes quantidades de comida de forma compulsiva
- Vômito após as refeições (desaparecimento rápido da mesa)
- Praticar exercício excessivo
- Usar laxantes e diuréticos

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



SINTOMAS DA ANOREXIA

- Ansiedade e Depressão
- Perfeccionismo, ou ser muito auto-crítica
- Dieta mesmo quando se é magro
- Exercício físico excessivo ou compulsivo
- Medo intenso de se tornar gordo
- Menstruação que se torna pouco frequentes ou pára
- Queda de cabelo e sem brilho, pele e unhas mais frágeis
- Perda de peso rápida (esconder com roupas soltas)
- Hábitos alimentares estranhos (evitar as refeições, comer em segredo)
- Interesse incomum em alimentos



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15

- (<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)



COMPLICAÇÕES DA ANOREXIA

- Danos a órgãos importantes, especialmente o cérebro, coração e rins;
- Arritmia cardíaca;
- Diminuição da pressão arterial, pulso, temperatura corporal , respiração e taxas sensibilidade ao frio;
- Enfraquecimento dos ossos;
- Anorexia é fatal em cerca de um em cada 10 casos;
- As causas mais comuns de morte incluem a paragem cardíaca, desequilíbrio electrolítico e suicídio.



(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



TRATAMENTO DA ANOREXIA

- O 1º objetivo do tratamento é:
- Conseguir atingir o peso normal e hábitos alimentares saudáveis.
- Por vezes é necessário internar e em casos de risco de vida ou desnutrição extrema, é necessário a alimentação intravenosa.
- Os tratamentos incluem:
- Medicação com antidepressivos; Terapia comportamental; Psicoterapia; Grupos de apoio.



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

17-May-15



BULIMIA NERVOSA



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15

BULIMIA NERVOSA



- Pessoas com bulimia nervosa comem quantidades excessivas de alimentos, de seguida, causam o vômito ou usam laxantes ou enemas ou diuréticos ou exercício excessivo;
- Muitas vezes a pessoa age em segredo; (<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)
- Muitas vezes sentem nojo e vergonha, aliviam a tensão e emoções negativas , com o esvaziamento gástrico. (APA, 2011)
- Estima-se que uma em cada 25 mulheres terá bulimia em sua vida.
- Em Portugal, segundo a DGS, em 2011 foram internadas 13 pessoas, com alta. (DGS, 2013)
- Nos EUA, a bulimia nervosa afeta 1-2% dos adolescentes e jovens adultos e 80 % são do género feminino. (www.nationaleatingdisorders.org/)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



SINTOMAS/SINAIS DA BULIMIA

- Abuso de drogas e álcool
- Abuso de laxantes e outros tratamentos para evitar o ganho de peso
- Ansiedade
- Exagerar no consumo de grandes quantidades de alimentos
- Comer em segredo ou ter hábitos alimentares incomuns
- Exercício excessivo
- Humor
- Ênfase exagerada na aparência física
- Passar regularmente tempo na casa de banho depois de comer
- Tristeza
- Cicatrizes nas costas da mão por usar os dedos para provocar o vômito
- Interesse incomum em alimentos
- Vômitos após comer



(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



COMPLICAÇÕES DA BULIMIA

- Os ácidos do estômago de vômito crônico pode causar:
- Danos no esmalte dos dentes;
- Inflamação do esófago;
- Inchaço das glândulas salivares nas bochechas;
- Além disso, a bulimia pode também diminuir os níveis sanguíneos de potássio, isso pode levar a perigosos ritmos cardíacos anormais.



(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



TRATAMENTO DA BULIMIA

- O tratamento visa quebrar o ciclo da compulsão alimentar e depois vômito;
- Medicamentos como antidepressivos;
- Modificação do comportamento individual, familiar ou terapia de grupo;
- Aconselhamento nutricional.



(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



COMPULSÃO ALIMENTAR



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15





COMPULSÃO ALIMENTAR

- As pessoas com transtorno de compulsão alimentar possuem frequentes episódios de ingestão de alimentos em quantidades fora de controle.
- A diferença é que neste distúrbio não se provoca vômito ou uso de laxantes para eliminar as calorias em excesso no organismo. (APA, 2011)



COMPLICAÇÕES DA COMPULSÃO ALIMENTAR

- Doenças cardíacas
- Hipertensão arterial
- Colesterol elevado
- Diabetes tipo 2



<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)



TRATAMENTO DA COMPULSÃO ALIMENTAR

- Terapia comportamental
- Medicamentos, inclusive antidepressivos
- Musicoterapia



(<http://www.disturbiosalimentares.com/>, 2012)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



TRANSTORNO ALIMENTAR NÃO ESPECIFICADO

- As pessoas têm problemas relacionados com a alimentação , mas não preenchem os critérios oficiais para a anorexia, bulimia ou compulsão alimentar.



▪ (APA, 2011)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



ORTOREXIA



- É um comportamento obsessivo patológico caracterizado pela fixação por saúde alimentar. Surge quando a pessoa se torna obsessiva quanto aos padrões daquilo que come. Não é reconhecida como transtorno alimentar.

(Martins, Alvarenga, Vargas, Sato & Scagliusi, 2011)

- A pessoa fica tão obcecada com o que come que todos os seus pensamentos ficam ocupados com a dieta.
- Escrutinam o conteúdo nutricional de cada elemento que ingerem.

<http://www.alimentacaosaudavel.org/>

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



SINAIS DA ORTOREXIA

- Examinar a comida nutricionalmente antes de comer
- Só ingere alimentos que considera saudáveis
- Perder muito peso, não consegue ter uma dieta equilibrada
- Preocupação excessiva em comer alimentos que não sejam bons para si
- Não comer alimentos que não tenham sido preparados por si



<http://www.alimentacaosaudavel.org/>, sd)

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



COMPLICAÇÕES DA ORTOREXIA

Isolamento Social

Isolamento familiar

Dificuldade de concentração e de desempenhar trabalhos

(<http://www.alimentacaosaudavel.org/>, sd)



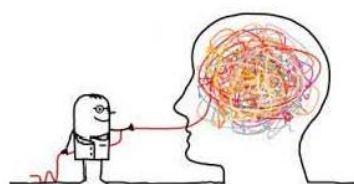
Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

TRATAMENTO DA ORTOREXIA

- Psicoterapia
- Terapia nutricional

(<http://www.alimentacaosaudavel.org/>, sd)



Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



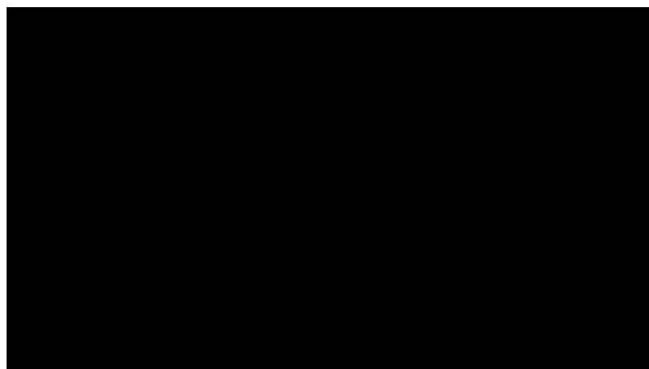


**Somos Únicos, Aceita Como És!
Alimenta A Tua Auto-estima!**

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ABups4euCW4>

**Somos Únicos, Aceita Como És!
Alimenta A Tua Auto-estima!**

Hospital de Torres Novas

Dia Mundial da Criança

17-May-15



Obrigada Pela Atenção!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRICIONISTAS (2012). Disponível em <http://www.apn.org.pt/scid/webapn/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=846>
- Casanova, T.; Santos, P.; Figueiredo, C.; Silveira, A. (2009) Anorexia Nervosa: proposta de linhas orientadoras: Acta Pediátrica Portuguesa 40 (3) pp.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012) Plataforma contra a obesidade. Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=1463&menuid=481&exmenuid=483>
- DIREÇÃO-GERAL da SAÚDE (2013) PORTUGAL: Saúde Mental em números. Lisboa: Portugal
- DIREÇÃO-GERAL da SAÚDE (2004) Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Portugal
- SITE: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL HOJE (2008) disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.org/> consultado a 22-12-2014
- APA (2014) disponível em <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx> consultado a 20-12-2014
- Martins, M. C. T., Alvarenga, M. dos S., Vargas, S. V. A., Sato, K. S. C. de J., & Scagliusi, F. B. (2011). Orthorexia nervosa: reflections about a new concept. *Revista de Nutrição*, 24(2), 345–357. doi:10.1590/S1415-52732011000200015
- SITE: NATIONAL EATING DISORDERS (sd). Disponível em <http://www.nationaleatingdisorders.org/> consultado a 6-1-2015
- SITE: YOU TUBE: <https://www.youtube.com/watch?v=ABups4euCW4>. Consultado a 9-01-2015

Hospital de Torres Novas

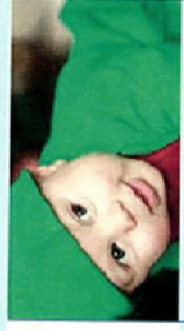
Dia Mundial da Criança

17-May-15



Apêndice N – Pósteres elaborados durante o período de estágio

ATIVIDADES QUE PROMOVEM O DESENVOLVIMENTO DO SEU FILHO

 <p>1 mês</p> <p>Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto do bebê.</p> <p>Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.</p> <p>Observar o bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto-conforto.</p> <p>Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves.</p> <p>Mudar com frequência de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto.</p> <p>Realizar massagens.</p> <p>Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiper-estimulantes.</p>	 <p>3 meses</p> <p>Interagir falando, usar a mimica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.</p> <p>Ouvir música suave na companhia da mãe/pai/cuidador.</p> <p>Dançar, em ritmo suave, com o bebê ao colo. Cantar.</p> <p>Realizar massagens.</p> <p>Mudar o bebê de posição, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição. Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo.</p> <p>Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa seguí-los.</p> <p>Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.</p>	 <p>6 meses</p> <p>Oferecer brinquedos, como uma bola, de cores vivas, cubos de arestas arredondadas para estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra.</p> <p>Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.</p> <p>Incentivar a produzir novos sons com a boca. Conversar, dançar com o bebê.</p> <p>Colocar o bebê num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.</p> <p>Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações.</p> <p>Permitir presença do bebê durante a refeição.</p> <p>Ritual do sono reforçado antes de dormir.</p>	 <p>9 meses</p> <p>Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento.</p> <p>Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema».</p> <p>Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé.</p> <p>Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa.</p> <p>Permitir a experiência de tocar diferentes texturas.</p> <p>Brincar ao «esconde-esconde», tapar e destapar o rosto, bater palmas, acenar (dizer adeus), imitar sons de animais, fazer mímica.</p> <p>Ser firme e terno no «não».</p> <p>Realizar massagem.</p>	 <p>12 meses</p> <p>Promover atividades físicas.</p> <p>Deixar a criança tomar algumas decisões, dando-lhe noções do perigo.</p> <p>Não entrar em conflito na hora da refeição.</p> <p>Estimular as tarefas/ordens simples; Dar estímulo positivo após a realização destas.</p> <p>Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas.</p> <p>Evitar pressões para o controlo esfinteriano (uso do bació).</p> <p>Incentivar para que a criança peça, falando quando quer algo, mesmo que se saiba o que ela deseja.</p> <p>Impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança, não ter medo de dizer "NÃO".</p> <p>Manter os rituais do sono.</p>
---	---	---	--	--

ATIVIDADES QUE PROMOVEM O DESENVOLVIMENTO DO SEU FILHO



18 meses

Ensinar a criança a guardar os brinquedos para aprender a organizar-se.

Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo de um boneco.

Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel para estimular os seus sentidos.

Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela.

Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha.

Continuar a incentivar o convívio.

Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.

Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Valorizar hábitos de sono.



2 anos

Proporcionar brincadeiras como: pular, correr, saltar.

Controlo de esfínteres (usar bacia).

Estimular a arrumação.

Ajudar de forma positiva a criança a pronunciar palavras.

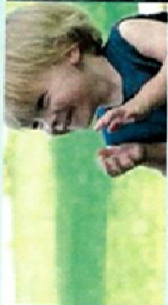
Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar e dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais.

Contar histórias, dar puzzles e fazer jogos simbólicos.

Pedir à criança para ajudar em pequenas tarefas diárias, permitindo que imite.

Permitir a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.

Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



3 anos

Promover atividades lúdicas físicas como: andar de triciclo.

Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada).

Incentivar e dar oportunidade de a criança a fantasiar.

Dar responsabilidades.

Valorizar hábitos de sono (idade dos medos associados ao pensamento mágico).

Fase dos «porquês».

Há que ter muita paciência.

Não ridicularizar comportamentos.

Ajudar a criança a partilhar os brinquedos.

Acompanhamento de programas televisivos (até 1 hora/dia).

Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



4 anos

Oferecer legos e puzzles.

Incentivar a criança a desenhar a figura humana.

Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.

Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.

Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.

Mostrar as sequências das atividades.

Promover brincadeiras onde exista movimento físico.

Permitir que fale sobre as suas ideias.

Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir

Impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



5 e 6 anos

Selecionar os programas televisivos /computador, o horário e o período de tempo.

Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos ajudando a resolver sentimentos de frustração.

Proporcionar atividades físicas.

Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.

Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar a colocar questões.

Dar responsabilidades, como por exemplo: ajudar em casa.

Incluir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).

Incentivar a participação em jogos para a promoção da sua personalidade.

Apêndice O – Planos de sessões elaborados

Plano de Sessão

Parentalidade positiva e a importância da vinculação

Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier

Oradores	População Alvo	Data e Duração e Localização
Enfermeira: Marisa Campos Serra Mestranda em enfermagem da saúde da criança e jovem da ESS do IPSantarém	Pais com os bebés internados no serviço na sala de intensivos e intermédios.	16-03-2015 - 14H00 - 60 min Serviço do serviço de neonatologia do HSF do CHLO, Piso 1, gabinete 4.

Informações Gerais

Descrição

Sessão pelo método expositivo, interativo e musicoterapia tipo *chillout*, de forma a promover uma sessão tranquila para uma aquisição de conhecimentos e sensibilização do tema, pelo privilégio de momentos de partilha de experiência, dúvidas sobre a parentalidade e estratégias de promoção da vinculação apresentadas.

Expectativas e Objetivos

Expectativas:

Promover aumento de ganhos em saúde de acordo com o PNS e com as linhas-mestras do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ); Promoção de cuidados antecipatórios (o estímulos de responsabilidades parentais) e as orientações do manual de orientação para profissionais de saúde da Direção-Geral de Saúde sobre promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância.

Objetivos:

Definir comportamentos de vinculação;

Aprofundar conhecimentos sobre as competências parentais na perspetiva da parentalidade positiva;

Conhecer estratégias de estímulo para o desenvolvimento psico-motor do bebé;

Sensibilizar para a importância da transmissão de afeto no desenvolvimento do bebé prematuro;

Sensibilizar para a parentalidade positiva;

Providenciar musicoterapia.

Conteúdos:

Conteúdos abordados desde o início com música de Chris Zabriskie (*chillout*);

Introdução (5 min): Apresentação. É pedido aos pais para escreverem num papel duas expectativas e frustrações enquanto pais.

Desenvolvimento (25 min): Explorar as expectativas relatadas com a apresentação em power point: a importância da família como lugar de afetos e valores que influenciam o desenvolvimento da criança; definir e conhecer aspetos da parentalidade; definir e abordar a parentalidade positiva, seus princípios ao nível das vertentes inerentes (comportamental, cognitiva e afetiva); Recomendações na interação parental adequada ao longo do primeiro ano de vida; definição de vínculo e tipos de vinculação, frisando as vantagens da vinculação segura; Abordagem das atividades promotoras do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

Explorar as frustrações relatadas dos pais, por permitir a expressão de emoções em grupo, mediando e expressão de sentimentos.

Conclusão (10 min): Visualização de vídeo (40 segundos): Shakira: relato da importância de mimar o bebé disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=QkvHDTKGRmE>

Permitir aos pais concluir sobre a sua expressão da parentalidade positiva.

Materiais Necessários

Computador; projetor; apresentação em *power point*; colunas para o computador; Entrega de inquérito de satisfação da sessão.

Avaliação

Debate sobre as competências parentais e estratégias no desempenho das mesmas, esclarecimento de dúvidas;
Aplicação de Inquérito de satisfação da sessão;

Plano de Sessão

Parentalidade positiva e a importância da vinculação

Serviço de consultas externas do serviço de Pediatria de Torres Novas

Oradores	População Alvo	Data e Duração e Localização
Enfermeira: Marisa Campos Serra Mestranda em enfermagem da saúde da criança e jovem da ESS do IPSantarém	Pais com os bebés que recorram a consulta programa de recém-nascidos e consultas do desenvolvimento infantil.	03-06-2015 - 11H00 - 40 min Sala de reuniões do serviço de pediatria, piso 3.

Informações Gerais

Descrição

Sessão pelo método expositivo, interativo e musicoterapia tipo *chillout*, de forma a promover uma sessão tranquila para a aquisição de conhecimentos e sensibilização do tema, pelo privilégio de momentos de partilha de experiência, dúvidas sobre a parentalidade e estratégias de promoção da vinculação apresentadas.

Expectativas e Objetivos

Expectativas:

Promover aumento de ganhos em saúde de acordo com o PNS e com as linhas-mestras do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ): Promoção de cuidados antecipatórios (o estímulos de responsabilidades parentais) e as orientações do manual de orientação para profissionais de saúde da Direção-Geral de Saúde sobre promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância.

Objetivos:

Definir comportamentos de vinculação.

Aprofundar conhecimentos sobre as competências parentais na perspetiva da parentalidade positiva.

Conhecer estratégias de estímulo para o desenvolvimento psico-motor do bebé.

Sensibilizar para a importância da transmissão de afeto no desenvolvimento do bebé prematuro.

Sensibilizar para a parentalidade positiva.

Providenciar musicoterapia.

Conteúdos:

Conteúdos abordados desde o início com música de Chris Zabriskie (*chillout*);

Introdução (5 min): Apresentação. É pedido aos pais para escreverem num papel duas expectativas e frustrações/medos enquanto pais.

Desenvolvimento (25 min): Explorar as expectativas relatadas com a apresentação em power point: a importância da família como lugar de afetos e valores que influenciam o desenvolvimento da criança; definir e conhecer aspetos da parentalidade; definir e abordar a parentalidade positiva, seus princípios ao nível das vertentes inerentes (comportamental, cognitiva e afetiva); Recomendações na interação parental adequada ao longo do primeiro ano de vida; definição de vínculo e tipos de vinculação, frisando as vantagens da vinculação segura; Abordagem das atividades promotoras do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

Explorar as frustrações relatadas dos pais minimizando-as e potenciar aspetos positivos de serem pais, através da expressão de emoções/sentimentos em grupo.

Conclusão (10 min): Visualização de vídeo (40 segundos): Shakira: relato da importância de mimar o bebé disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=QkvHDTKGRmE>

Permitir aos pais concluírem sobre a sua expressão da parentalidade positiva.

Materiais Necessários

Computador; projetor; apresentação em *power point*; colunas para o computador; canetas e folhas; Inquéritos de satisfação da sessão e folhas de presença para os pais.

Avaliação

Debate sobre as competências parentais e estratégias no desempenho das mesmas, esclarecimento de dúvidas;
Aplicação de Inquérito de satisfação da sessão;

Plano de Sessão

Alimentação Saudável VS transtornos alimentares

Sessão no Âmbito das Comemorações do Dia Mundial da Criança.

Orador	População Alvo	Data e Duração e Localização
Enfermeira: Marisa Campos Serra Mestranda em enfermagem da saúde da criança e jovem da ESS do IPSantarém	Adolescentes das escolas secundárias Maria Lamas e Artur Gonçalves.	01-06-2015 - 10h30 - 45 min Auditório do Hospital de Torres Novas, piso 0.

Informações Gerais

Descrição

Sessão pelo método expositivo, interativo para a promoção de cuidados antecipatórios a jovens de forma a promover e sensibilizar para hábitos de vida saudáveis, nomeadamente a importância da alimentação saudável e o impacto desta na saúde. Prevenção de comportamentos de risco relacionados com transtornos alimentares e emocionais.

Expectativas e Objetivos

Expectativas:

Promover hábitos de vida saudáveis e prevenção de transtornos alimentares dando resposta à etapa do ciclo de vida juventude à procura de um futuro saudável (PNS: 2012-2016) e às linhas-mestras do Programa Nacional de Saúde infantil e Juvenil (2013), pelo contributo na auto-determinação e auto-estima dos jovens e estímulo para a adoção de comportamentos promotores de saúde e pela adoção de nutrição adequada à idade dos jovens.

Contribuir para a redução da prevalência de transtornos alimentares através da sensibilização dos jovens para esta problemática.

Objetivos

Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável na fase de vida da adolescência;

Identificar fonte fidedigna sobre alimentação saudável

Reconhecer que a alimentação saudável influencia numa vida saudável

Definir transtornos alimentares

Identificar alguns sinais, complicações e tratamento dos transtornos alimentares

Refletir sobre distúrbios alimentares e o impacto na vida dos jovens com baixa auto estima.

Conteúdos

Introdução (3 minutos): Apresentação da oradora e objetivos da sessão.

Desenvolvimento (30 min): Definição de adolescência; Conhecer algumas necessidades nutricionais inerentes a esta fase de vida; referenciar a plataforma contra a obesidade da DGS como uma fonte fidedigna; abordar as vantagens da ingestão de sopa; identificação e definição de dieta mediterrânica como uma dieta saudável; definição de transtornos alimentares e características das pessoas mais afetadas por estes transtornos; abordar a definição, sinais (entrega de sinais e sintomas em formato cartão a cada aluno), complicações e tratamento dos seguintes transtornos: anorexia nervosa, bulimia, compulsão alimentar e transtorno alimentar não especificado, incluindo outras situações (como a ortorexia). Visualização de dois filmes, um de 2 minutos, referente ao impacto dos *mass media* nas escolhas de saúde dos jovens e outro, de 4 minutos, sobre a perceção que cada pessoa tem de si enquanto imagem, que em muitos casos revela baixa auto-estima e conclui que todos somos belos à maneira de cada um.

Conclusão (12 min): Promoção de debate e reflexão crítica sobre a visualização da apresentação e dos filmes apresentados.

Materiais

Projektor; computador; apresentação em *powerpoint* (transtornos alimentares) e vídeos 1 e 2:

(<https://www.youtube.com/watch?v=XXt6-FqaU>; <https://www.youtube.com/watch?v=ABups4euCW4>; Folha de presenças; inquérito de satisfação da sessão.

Avaliação

Através do debate na sessão após visualização de dois filmes.

Avaliação da sessão

Responder a inquérito de satisfação da sessão em folha própria.

Plano de Sessão

Reunião para apresentação de estudo de caso

Serviço de Pediatria de Torres Novas

Oradores	População Alvo	Data e Duração e Localização
Enfermeira: Catarina Escudeiro Marisa Campos Serra Mestrandas em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem da ESS do IPSantarém	Equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria de Torres Novas	18-06-2015 - 14h30- 1 hora Sala de reuniões do serviço de pediatria, piso 3.

Informações Gerais

Descrição

Sessão pelo método expositivo, interativo de forma a promover momentos de partilha de experiência e dúvidas sobre a atuação perante uma situação de suspeita de maus tratos.

Expectativas e Objetivos

Expectativas:

Mobilizar a metodologia de estudo de caso de forma a dar resposta aos pressupostos para a acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica perante os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE). Promover o debate sobre a problemática dos maus tratos e intervenção numa situação de internamento ao longo da apresentação.

Objetivos:

Analisar de forma reflexiva uma situação real da prática dos cuidados de enfermagem;
Refletir acerca da tomada de posição de enfermagem, à luz do enquadramento conceptual e enunciados descritivos do PQCE;
Contribuir para a reflexão ética e deontológica como parte integrante da qualidade dos cuidados de enfermagem;
Equacionar opções de melhoria dos cuidados de enfermagem, pela análise da prática;
Sensibilizar para a problemática dos maus tratos.

Conteúdos:

Introdução (2 min): Apresentação. Referir os itens a abordar: Introdução pela justificação da metodologia de estudo de caso, apresentação dos objetivos e itens a abordar: descrição do caso, enquadramento conceptual, enunciados descritivos e reflexão em equipa.

Desenvolvimento (40 min): Relato do caso, identificação da idade da criança e motivo ao serviço de urgência e acompanhantes. Relato dos dados colhidos na avaliação inicial e internamento. Descrição do comportamento adotado durante o internamento pela criança e pais. Realizar o enquadramento conceptual dos PQCE pela análise dos conceitos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem perante a criança. Apresentar resumidamente a

legislação portuguesa necessária perante uma situação de risco/perigo de maus tratos. Apresentar o plano de cuidados de enfermagem delineado durante o internamento e intervenções autónomas. Perante os enunciados descritivos dos PQCE descrever as atitudes adotadas perante a criança do estudo de caso. Analisar o caso perante o despacho n.º 31292/2008 de 5 de dezembro.

Conclusão (18 min): Reflexão em grupo sobre a satisfação da criança em todo o processo de internamento e sobre a prática conducente à melhoria do desempenho de enfermagem perante uma situação de maus tratos e apresentação de sugestões. Mostrar à equipa o referido despacho ao grupo e sugestões e o guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: “Maus tratos em Crianças e Jovens”.

Materiais Necessários:

Computador; projetor; apresentação em *power point*; legislação sobre o tema, canetas e folhas; Inquéritos de satisfação da sessão e folhas de presença.

Avaliação:

Esclarecimentos de dúvidas durante o debate sobre a problemática dos maus tratos, fornecer a toda a equipa o referido despacho n.º 31292 e o guia para todos conhecerem a forma de avaliação e intervenção recomendada pela legislação. Aplicação do inquérito de satisfação de sessão.

Apêndice P – Avaliação das sessões realizadas

AValiação DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Parentalidade Positiva e a Importância da Vinculação

Oradora: Marisa Serra – Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Data: 16-03-2015. **Duração:** 60 minutos; **Local:** Gabinete 4 do serviço de Neonatologia do Hospital de São Francisco Xavier. **Nº de participantes:** 6.

1) Clareza do assunto



2) Importância da informação transmitida



3) Adequação do tempo da sessão



4) Desempenho do orador



4.1) Disponibilidade



4.2) Interação com o grupo



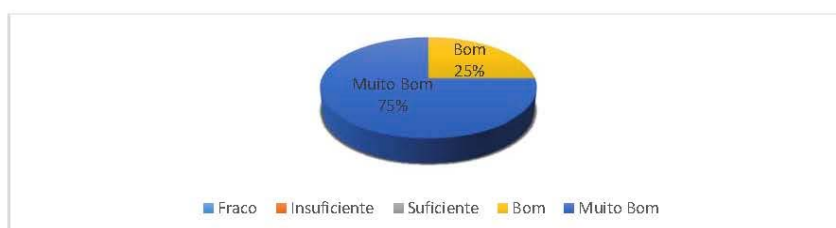
AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Parentalidade Positiva, promoção da vinculação e do desenvolvimento

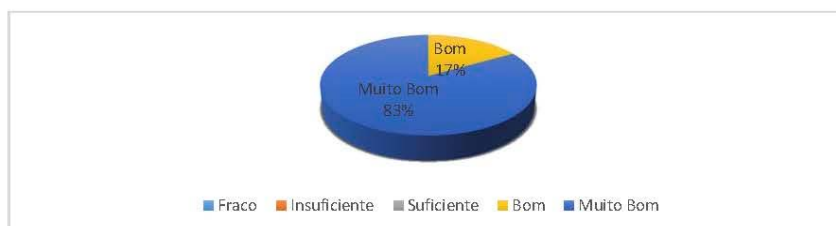
Oradora: Marisa Serra – Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Data: 03-06-2015. **Duração:** 45 minutos; **Local:** Consultas externas do serviço de Pediatria de Torres Novas. **Nº de participantes:** 12.

1) Clareza do assunto



2) Importância da informação transmitida



3) Adequação do tempo da sessão



4) Desempenho do orador



4.1) Disponibilidade



4.2) Interação com o grupo



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Alimentação Saudável VS Transtornos alimentares

Oradora: Marisa Serra – Enfermeira Mestranda em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

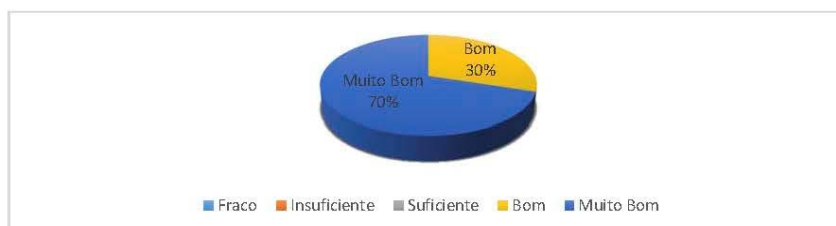
Data: 01-06-2015, **Duração:** 45 minutos; **Local:** Auditório do Hospital de Torres Novas.

Nº de participantes: 10.

1) Clareza do assunto



2) Importância da informação transmitida



3) Adequação do tempo da sessão



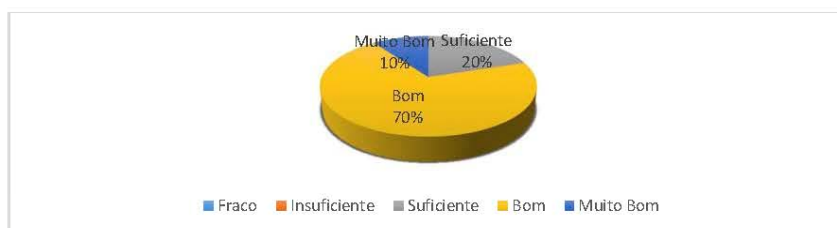
4) Desempenho do orador



4.1) Disponibilidade



4.2) Interação com o grupo



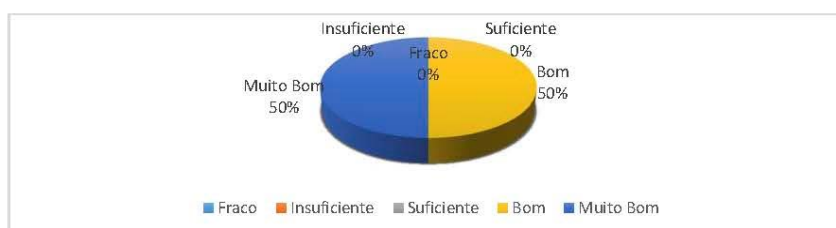
AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Estudo de Caso no âmbito dos PQ dos cuidados especializados em ESCJ

Oradora: Catarina Escudeiro e Marisa Serra – Enfermeiras Mestrandas em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

Data: 18-06-2015. **Duração:** 60 minutos; **Local:** Sala de Formação do serviço de Pediatria de Torres Novas. **Nº de participantes:** 16.

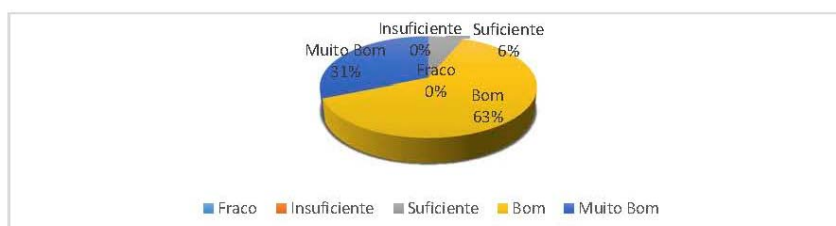
1) Clareza do assunto



2) Importância da informação transmitida



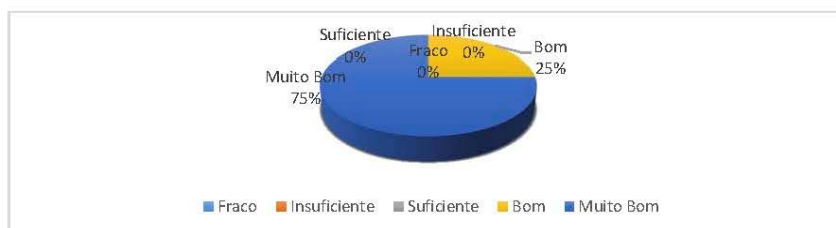
3) Adequação do tempo da sessão



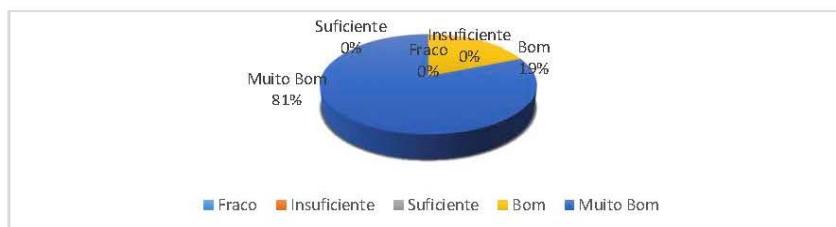
4) Desempenho do orador



4.1) Disponibilidade



4.2) Interação com o grupo



Apêndice Q – Estudo de caso elaborado e apresentado durante o período de estágio

ESTUDO DE CASO



Serviço de Pediatria

Junho 2015

MAUS TRATOS

ÍNDICE

Introdução

1. Descrição do Caso
2. Enquadramento Concetual
3. Enunciados Descritivos
4. Reflexão



INTRODUÇÃO

- A Ordem dos Enfermeiros, no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em articulação com os critérios pressupostos para a Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da prática clínica, pressupõe que seja mobilizada nos serviços a metodologia de estudos de caso ao longo do ano.
- A Escolha do caso foi feita com base na importância da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da criança e do jovem de assistir a criança com a família na maximização da sua Saúde, diagnosticando precocemente e intervindo nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança.

OBJETIVOS

- Analisar de forma reflexiva uma situação real da prática dos cuidados de enfermagem
- Refletir acerca da tomada de posição de enfermagem, à luz do enquadramento concetual e enunciados descritivos do PQCE;
- Contribuir para a reflexão ética e deontológica como parte integrante da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Equacionar opções de melhoria dos cuidados de enfermagem, pela análise da prática.
- Sensibilização para a problemática de Maus Tratos.



DESCRIÇÃO DO CASO

- Criança de 5 anos internada no serviço de Pediatria no dia 29 de Maio de 2015 por situação de maus tratos.
- Recorreu ao SU na companhia de auxiliar da escola e 2 agentes da PSP após referenciação da escola à CPCJ.
- A auxiliar da escola que frequenta terá acompanhado a menina ao WC nessa manhã, detetando hematoma na coxa direita. Ao ser questionada sobre o assunto, a criança revelou ter sido agredida pelo pai.
- Observação médica no SU na presença de assistente social e da auxiliar da escola. A criança confirmou a agressão por parte do pai, não sabendo especificar se foi utilizado algum objeto. Como causa referiu o facto de querer ir para a cama do pai e ele não ter deixado.

- A mãe foi contactada pela escola com a informação de que “a menina tinha caído”. Chegou ao SU e foi informada da situação. Negou comportamentos agressivos quer da parte dela, quer do pai da criança.
- Pai comparece ao SU, relatando que se “chateou” de manhã com a “birra” da menina e que tinha uma fita de porta chave na mão e bateu-lhe “com pouca força”. Mostrou-se surpreendido quando lhe foi mostrada a lesão da coxa da criança. Prontificou-se a trazer a fita e referiu que nunca foi violento para a menina.
- Dado viver no mesmo local do agressor, procedeu-se ao internamento e fez-se relatório da situação para o DIAP para posterior avaliação por Medicina Legal.
- Fica acompanhada pela mãe, podendo ter visitas do pai sob supervisão.

AValiação Inicial

- Pais emigrantes do Brasil, há 5 anos a morar em Portugal, ambos operários fabris na mesma empresa. Criança nasceu no Brasil.
- Seguida no Centro de Saúde em Alenquer até há pouco tempo. PNV atualizado. Atualmente, com 1ª consulta marcada para Maio no Centro de Saúde de Torres Novas, onde mora. Sem suporte familiar ou de amigos. Avós paternos moram em Alcobaca.
- Criança frequenta pré-escolar, sem dificuldades escolares. Socialização adequada à idade.
- Apresenta lesão eritematosa com relevo e hematoma subjacente, com cerca de 3 cm de diâmetro, dura à palpação, no terço proximal da face lateral da coxa direita. Sem perda de integridade cutânea.
- Pai conta que a sua mãe era agressiva quando descompensada da sua ansiedade. Avós paternos devido à religião (Evangelistas), não permitiam televisão, exercendo paternidade austera. Devido a esse facto, pai da menor refere que a sua filha tem televisão, brinquedos, mas com educação, impondo regras e limites.

DURANTE O INTERNAMENTO

- Menina calma, bem disposta. Pouco comunicativa com a equipa aparentemente por timidez.
- Por vezes com fâcies triste. Segundo a mãe, recusa-se a falar do “assunto” (mau trato físico) e verbaliza muito querer voltar para casa.
- Alimentação adequada à idade. Sem alteração dos hábitos de sono e repouso.
- Mãe sempre presente, desenvolvendo atividades lúdicas com a menina e participando nelas. Meiga e atenta às necessidades da filha.
- Pai efetuou visitas diárias à menina. Em todas as interações houve manifestações e afeto entre ambos.
- Observou-se também entre a família, comportamentos de carinho e atenção. Pais sempre calmos e colaborantes com os profissionais, cumprindo as orientações.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A SAÚDE DA CRIANÇA

- Saudável.
- Refere que não está doente e quer ir para casa com os seus pais.
- Dor zero.
- Estado emocional alterado com a intervenção dos profissionais ?



A PESSOA

- Criança sem irmãos, gosta de pintar e ver bonecos na televisão.
- Grande cumplicidade com a sua mãe.
- Desejo individual da criança:
 - Estar com o pai
 - Estar em casa



O AMBIENTE DA CRIANÇA

- Aparentemente, adaptada à cultura portuguesa.
- Vive em Portugal desde a fase de latente.
- Frequenta escola pública (Infantário)
- Gosta da escola e da sua casa, da qual sente saudades.
- Influência da cultura e da religião ?



OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Parceria estabelecida com os pais para esclarecimento da situação de suspeita de maus tratos. Pais consideram excessiva a condição de internamento, mas colaboram por iniciativa própria.
- Planeamento de cuidados em parceria com a equipa multidisciplinar (pediatra, psicóloga, assistente social, educadora de infância) e tendo em conta orientações de profissionais da comunidade (escola, CPCJ, Ministério Público, centro de saúde)
- Intervenções de Enfermagem adequadas à alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde para a parentalidade positiva?
- Internamento de 29 de Abril a 8 de Maio (9 dias)



OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Avaliação da situação:

- Na urgência:
 - Observação física (hematoma da coxa direita)
 - Ouvir a criança, pais e acompanhante (funcionária da escola).
- No internamento:
 - História Clínica de Enfermagem
 - Observação da relação da criança com os pais/avaliação do comportamento dos pais (consciência da situação?/reconhecimento do erro?)
 - Pareceres de outros profissionais na equipa
 - Preparação da alta
- Conhecimentos ético-legais na situação de maus tratos



LEGISLAÇÃO

Constituição da República – artigo 69º:

- As crianças têm direito à proteção do estado e da sociedade;

Convenção dos direitos da criança – Portugal:

- Artigo 3: todas as decisões nas instituições de saúde devem ter em conta o superior interesse da criança;

Reforma do direito de menores - Lei n.º 147/99 de 1 Setembro: Lei de Crianças e Jovens em Perigo:

- 1º nível de atuação: sinalização pelo Jardim de Infância
- 2º nível de atuação: remoção do perigo - pelo internamento no serviço de pediatria.
- 3º nível de atuação: aplicar medidas de promoção/proteção a favor da menor – judicial ou CPCJ


PLANO DE CUIDADOS

FOCOS:

- Hematoma
- Parentalidade - comprometido
- Tomar conta – não comprometido
- Tristeza – na criança
- Dor – conhecimento do prestador de cuidados sobre auto-controlo da dor demonstrado em grau elevado
- Cair – baixo risco
- Ulcera de pressão – baixo risco

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS

- Avaliar comportamento da criança
- Avaliar comportamento dos pais
- Negociar parcerias na vigilância com prestador de cuidados
- Avaliar o comportamento de adesão dos pais
- Vigiar características do hematoma
- Vigiar comportamento do utente
- Promover a presença de pessoas significativas (mãe e pai se não houver indicação em contrário)
- Gerir ambiente
- Vigiar Alta
- Contacto com Centro de Saúde
- Estimular a realização de atividades lúdicas (com colaboração da educadora do serviço)
- Requerer apoio técnico (psicólogo)
- Manter a cama na cota zero e travada
- Vigiar eliminação intestinal
- Vigiar características da pele
- Vigiar características da urina
- Vigiar a higiene
- Manter grades da cama elevadas
- Providenciar sistema de chamada
- Monitorizar a dor através de escala de dor (escala de faces)
- Vigiar a refeição
- Monitorizar temperatura corporal



ENUNCIADOS DESCRITIVOS



SATISFAÇÃO DO CLIENTE

- O enfermeiro deve seguir os mais elevados níveis de satisfação da criança, tendo em conta a parceria de cuidados com os pais, respeitando crenças, valores, cultura, e reduzir o tempo de internamento o mais possível.
- Intervenções no sentido de minimizar os efeitos negativos do internamento:
 - Promover a expressão de sentimentos na criança e pais;
 - Estabelecer relação empática com criança e pais;
 - Providenciar atividades lúdicas (materiais e brinquedos) à criança, com a colaboração da educadora.
- Sigilo profissional

PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Vigiar a alta
 - Reforçados ensinios sobre alimentação saudável e reforço hídrico (criança obstipada) - Mãe com conhecimentos demonstrados sobre hábitos de vida saudáveis (30/04)
- Gerir ambiente – Proporcionar ambiente calmo e seguro

PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Promover a expressão de sentimentos;
- Promover presença de pessoas significativas;
- Contato telefónico e envio de carta de referência de enfermagem para o Centro de Saúde;
- Possibilitar à mãe contatos para apoio psicológico caso a criança apresentasse essa necessidade ?

O BEM-ESTAR E O AUTOCUIDADO

- Implementar intervenções promotoras do bem-estar na criança;
 - Monitorizar a dor através de escala de dor (de 30/04 a 8/05)
 - Requerer apoio de técnico - psicóloga (07/05)
 - Estimular a realização de atividades lúdicas (07/05)
- Avaliar os padrões de interação criança/pais
 - Negociar parcerias na vigilância com o prestador de cuidados (de 30/04 a 8/05)
 - Vigiar comportamento de adesão dos pais (de 30/04 a 8/05)
 - Vigiar o comportamento do utente (de 30/04 a 8/05)
- Implementar intervenções promotoras das competências parentais – sem intervenções associadas ?

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

- Identificação de problemas potenciais:
 - Mal estar emocional na criança, identificado pela mãe e pelos enfermeiros.
 - Algum dos pais precisaria de ajuda a nível psicológico??

Diagnósticos:

- Parentalidade comprometida em grau moderado a 29/4/2015 para grau reduzido em 4/5/2015 – Comprometida pela situação de maus tratos, reduzida posteriormente pela observação de manifestações de afeto com a filha e colaboração em todos os procedimentos (pouco evidente nos registos)
- Tomar conta: comprometido a 30/4/2015 para não comprometido a 30/4/2015 – Desde o primeiro momento de observação relacional foi observada boa ligação de afeto da criança com a mãe. Esta acompanha a criança nas atividades lúdicas, estando sempre atenta às suas necessidades.

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

- Tristeza a 7/5/2015 – Mãe explicou à criança, após reunião com CPCJ, ausência do pai quando voltar para o domicílio. Criança chorosa e preocupada perguntando se seria para sempre. Explicado pela mãe que seria uma medida provisória.
 - Solicitado apoio da psicóloga, a pedido da mãe. Referência a criança triste e angustiada, revelando sinais de medo de que a mãe também seja afastada. Mãe muito triste e preocupada com o sofrimento da filha, embora verbalize compreender as condições impostas pela CPCJ.

A READAPTAÇÃO FUNCIONAL

- Planeamento da alta de acordo com as necessidades da criança, os recursos disponíveis e, neste caso, as orientações judiciais.
- Perceber estratégias de adaptação do pai para aderir a ordem judicial – Mãe verbalizou que o pai ficaria em casa de um amigo e que está recetivo a sair do domicílio atempadamente para permitir que a criança possa voltar a casa (07/05)
- Tentativa de contacto com o centro de saúde no momento da alta sem sucesso, realizada carta de referência de enfermagem
- Requerer apoio técnico - Solicitada colaboração da assistente social durante o internamento e no momento da alta a (8/05)

ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- **MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS**

- **REGISTOS**

- Linguagem CIPE, Sclinic
- Traduziram as necessidades da criança/pais?
- As intervenções foram adequadas para dar resposta às necessidades identificadas?
- Os resultados evidenciaram a importância das intervenções autónomas de enfermagem?
- Foram executadas intervenções promotoras das competências parentais?

**REFLEXÃO
EM EQUIPA**

ANÁLISE COM BASE NA LEGISLAÇÃO

RISCO:
Perigo potencial ?

PERIGO:
Maus tratos físicos

FATORES DE RISCO :

CRIANÇA - A criança não apresenta fatores de risco (sem necessidades de saúde especiais, de termo, desejada, temperamento fácil, sem dificuldades de aprendizagem)

PAIS – Não foram percetíveis, no internamento, dificuldades dos pais em educar a criança, nem perceções de dificuldades de afeto pela mesma. Expetativas não realistas da criança? O sexo da criança corresponde às expetativas?

SISTEMA FAMILIAR - Pai foi abusado/negligenciado? (mãe “agressiva”, segundo o mesmo); Com algumas privações devido à Religião dos pais; Ausência de redes de apoio familiar; Desenraizamento cultural e social (Migrantes: Brasil)

ANÁLISE COM BASE NA LEGISLAÇÃO

RISCO:
Perigo potencial ?

PERIGO:
Maus tratos físicos

FATORES PROTETORES:

CRIANÇA - Criança saudável e atrativa, tem presente desejo de explorar e de ser autônoma, tem capacidade de pedir ajuda quando necessita, adaptabilidade adequada.

SISTEMA FAMILIAR - Criança apresenta vinculação segura com os cuidadores (mãe e pai e a comunidade onde habitam possui recursos (educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc)

ANÁLISE COM BASE NA LEGISLAÇÃO

SINAIS E SINTOMAS:

- História: sem antecedentes de violência e abuso, exposição a violência familiar? (referenciar para CS para Visita Domiciliária), pais abusados na infância? Presença de disciplina rígida? Sem justificação inconsistente com a lesão (pai assumiu). Não promoveu a excessiva dependência da criança, não recusaram cuidados. Expetativas irrealistas da criança? Sem procura excessiva de cuidados.
- Sinais físicos: sem perturbação do desenvolvimento psicomotor, sem atraso de crescimento, sem deficit de higiene, sem má nutrição, sem fraturas, sem múltiplas lesões, sem lesões de formato identificável, sem lesões genitais.

SINAIS COMPORTAMENTAIS E DE DESENVOLVIMENTO:

- Criança sem atraso de desenvolvimento, sem agressividade, ansiedade e obsessões, sem medo e tristeza perante os pais e sem comportamentos de desafio. Apresenta vinculação, sem comportamento de automutilação e excessivamente responsável.

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À NEGLIGÊNCIA:

- Sem carências de higiene, tem rotinas de ciclo de sono/vigília, vestuário adequado à estação do ano sem lesões de exposição climáticas adversas, apresenta PNV e consultas de vigilância, sem sinais físicos de negligência prolongados. Apresenta um hematoma na coxa direita.

INDICADORES:

- História adequada e conducente com a lesão, sem recusa de explicação da lesão.

OBJETIVOS DA AÇÃO DE SAÚDE:

- Promover os direitos das crianças e jovens;
- Adequar modelos organizativos dos serviços de saúde (técnicos preparados)
- Existência de núcleo - NHACJR do Centro Hospitalar Médio Tejo

EM CASO DE SUSPEITA DE RISCO E/OU PERIGO:

- Contactar a equipa do NHACJR:
 - A equipa do Hospital de Torres Novas para situações da NHACJR é:
 - Pediatra: Dr.ª Otília Branco (às 4ª F está no hospital)
 - Assistente social: Dr.ª Anabela Cadete (Hospital Torres Novas)
 - Enfermeira: Conceição Oliveira (Hospital de Tomar)
- Avaliar a situação em equipa multidisciplinar;
- Discutir a situação na equipa e validar avaliação de todos os técnicos;
- Confrontar informação com a comunidade ao longo do internamento como planeamento da alta (neste caso, centro de saúde de inscrição anterior para aferir antecedentes de maus tratos e com o atual)
- Partilhar informação com restante equipa envolvida no caso
- Avaliar intervenções com bom senso centradas no superior interesse da criança

SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS

- Uso de instrumentos básicos de enfermagem:
 - Observação
 - Comunicação
 - Relação de Ajuda
 - Tomada de Decisão
 - Princípios Científicos e Ético-legais
 - Trabalho de Equipa
 - Entrevista de Enfermagem
 - Processo de Enfermagem
 - Registos
- Comunicação interdisciplinar adequada ?
- Dificuldade em compreender decisões judiciais ?
- Refletir sobre a prática conduz à melhoria do nosso desempenho enquanto profissionais conscientes. O que poderia ter melhorado ?

REFLEXÃO

- O impacto do internamento revelou-se um fator de stress para a criança e pais, por a criança se sentir bem, não associar a situação a doença e “querer ir para casa”.
- Os pais foram sempre colaboradores nas intervenções e revelaram adesão a todas as orientações dos profissionais.
- O afastamento do agressor foi a condição para a alta da criança. Será que havia possibilidade de repetição do ato? O risco de agressão mantinha-se?
- O pai estaria a passar por alguma fase mais complicada na sua vida que lhe provocasse alguma dificuldade em lidar com situações de stress ou com a filha? A sua história de vida despoletou a situação de agressividade?

SUGESTÃO DE DIAGNÓSTICO:

Conhecimento sobre Parentalidade Positiva não demonstrada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Lisboa.
- Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. Diário da República n.º 204/99-Iª Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho n.º 31292 de 5 de dezembro. Diário da República n.º 236 de 5 de dezembro de 2008. IIª Série. Ministério Saúde. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Enunciados de posição 03/07 - A proteção de crianças. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- WEB SITE:
http://www.unicef.pt/pagina_estudo_violencia.php
http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3968&m=PDF




DÚVIDAS??

ELABORADO POR:

Enf^a Anabela Dias
Enf^a Catarina Escudeiro
Enf^o César Machado
Enf^a Marisa Serra

MAUS TRATOS

Apêndice R – Manual de ensino elaborado com respectivos folhetos para o serviço de Pediatria

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	MANUAL DE ENSINO
	PARENTALIDADE POSITIVA E ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

4.4.32 Parentalidade Positiva e Atividades Promotoras do Desenvolvimento (dos zero aos 6 anos)

Pretende-se informar e ensinar sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil adotando as estratégias propostas neste manual sobre os princípios que favorecem a parceria de cuidados de enfermagem de forma a aumentar o interesse, recetividade e compreensão dos pais sobre a importância desta temática.

PARENTALIDADE: corresponde a uma interiorização das expectativas das pessoas (indivíduos, amigos e sociedade) sobre os comportamentos inerentes ao papel parental adequados ou desadequados. Constitui-se na ação de tomar conta com responsabilidade de se ser mãe e/ou pai, com comportamentos integrantes do recém-nascido na unidade familiar, que otimizam o crescimento e desenvolvimento da criança (CIPE, 2006).

PARENTALIDADE POSITIVA: Comportamento parental baseado no melhor interesse da criança (Conselho da Europa, 2006).

DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR: Processo dinâmico e contínuo, com o aparecimento constante de diferentes funções. A passagem de um estágio para o outro varia de criança para criança, com velocidades diferentes de forma descontinuada, com “saltos”, logo a idade de aparecimento de novas aquisições pode diferir (DGS, 2013). É um processo de desenvolvimento infantil que integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos da mobilidade. Integra os comportamentos da capacidade interativa das pessoas com o meio envolvente (CIPE; 2006).

VINCULAÇÃO: De acordo com a teoria da vinculação de *Bowlby*, é um processo que advém de um sistema psicobiológico que nasce com os seres humanos que os motiva a procurar os outros. Os sistemas psicobiológicos podem ser o riso, o balbuciar e o choro. Os pais para o bebé são figuras de vinculação (Silva, 2014).


COMPORTAMENTOS DE VINCULAÇÃO: São os comportamentos do bebé que favorecem a proximidade física com a pessoa que dele cuida, por exemplo: choro, sorriso e o olhar (DGS, 2005).

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO: são atividades que podem ser recomendadas aos pais/cuidadores que potenciam e promovem a aquisição de competências psico-motoras e afetivas (DGS, 2013).

Parentalidade Positiva e Atividades Promotoras do Desenvolvimento

O novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da Direção-Geral da Saúde (2013) dá ênfase ao desenvolvimento infantil, prevenção de perturbações emocionais e valorização de cuidados antecipatórios como forma de promoção e prevenção da saúde através de facilitação aos pais de conhecimentos necessários a um desempenho parental adequado, na proteção e promoção dos direitos da criança, priorizando e

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					1/6

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	MANUAL DE ENSINO
	PARENTALIDADE POSITIVA E ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

investindo na prevenção de perturbações emocionais e de comportamento, dos quais a negligência e maus tratos. O PNSIJ recomenda e propõe atividades promotoras de desenvolvimento, que devem ser transmitidas pelos profissionais de saúde aos pais/cuidador principal da criança. Uma atividade promotora do desenvolvimento a salientar aos pais é a importância do sono da criança. De acordo com Nunes (2002) O padrão de sono é variável, um recém-nascido pode dormir até 22 horas, com um mês de vida passa a dormir cerca de 15,5 horas. Aos três meses já existe um padrão de sono noturno (Whaley & Wong, 1999). Aos 12 meses o latente dorme cerca de 13 horas (10 horas de noite e três horas de dia nas sextas). Entre os dois a três anos, o período de sono noturno ronda as 10 horas e sesta de cerca de duas horas. Entre os 4 e os 6 anos, a média de horas de sono necessárias ronda as 12 horas (Nunes, 2002). Dormir representa uma importante atividade do dia-a-dia da criança e se esta não adquirir hábitos de sono adequados, poderá ter repercussões no seu comportamento e perturbações na vida familiar (Gouveia, *sd*). Para além disso, num estudo populacional dos dois aos 10 anos sobre problemas de sono publicado na acta pediátrica portuguesa (2013), revela que os problemas de sono afetam o bem-estar físico e mental das crianças, com consequências negativas ao nível cognitivo, emocional e comportamental, aumentando também o risco de quedas e até de obesidade.

A evidência científica mostra que intervir precocemente desde a gravidez aos primeiros tempos de vida da criança é fundamental para a proteção e desenvolvimento das crianças especialmente as mais vulneráveis, através do suporte às funções parentais e o facilitar das relações pais/criança (DGS, 2005).


Reforçando Lopes, Catarino & Dixe (2010) o *Center for Disease Control and Prevention* recomenda a promoção de competências de parentalidade positiva como estratégia de prevenção de situações de negligência e maus tratos.

A parentalidade positiva é recomendada pelo Conselho Europeu desde 2006, esta deve guiar a criança, capacitar e cuidar, respeitando os seus direitos enquanto criança, de forma não violenta, mas não permissiva, isto é, com estabelecimento de limites, permitindo a criança desenvolver o seu potencial e bem-estar.

Verifica-se que existe uma sintonia entre as emoções da mãe/pai desde o tempo de vida *in útero* e ao longo da vida da criança. O bebé possui necessidades emocionais e relacionais para se desenvolver quer fisicamente, quer emocionalmente. A formação do vínculo afetivo entre o bebé e os seus pais/cuidadores constitui a primeira base do desenvolvimento psíquico futuro. O *rooming in* (contacto precoce com o bebé nas primeiras horas de vida, na maternidade) ajuda a estabelecer as relações precoces e intensas entre o bebé, a mãe e pai, num triângulo que está em constante adaptação e tomada de consciência do bebé imaginado para o bebé real.

Segundo *Brazelton e Greenspan* a relação emocional entre a criança e os seus pais são os primeiros passos para o seu desenvolvimento (citado por OE, 2010). É preciso que os pais percebam que devem dar “tempo” aos seus filhos, que se apaixonem e se dediquem a eles para que se sintam verdadeiramente amados. As

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					2/6

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	MANUAL DE ENSINO
	PARENTALIDADE POSTIVA E ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

interações precoces e continuadas promovem o desenvolvimento da criança a três níveis: cognitivo, emocional e relacional e permitem que a criança sinta segurança interna, confiança na relação com os outros e curiosidade de explorar o que a circunda (DGS, 2005).

A relação entre os pais e filhos é influenciada pelas características do temperamento do bebé, a sensibilidade dos pais às necessidades específicas do bebé e a adequação das suas respostas, o funcionamento familiar, a relação entre os pais/cuidadores e os fatores socioculturais.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde deve:

1. Estar atento às preocupações dos pais, ao relacionamento que estes têm com o seu filho, em especial no primeiro ano de vida, verificar o estado emocional dos cuidadores (mãe, pai, outros cuidadores).
2. Sensibilizar os pais para a importância do colo, das carícias, das massagens, do abraço, do respeito pelo ritmo, pela diferença e pela cumplicidade. As relações de partilha de afetos vão permitir o crescimento do vínculo (OE, 2010).
3. Atuar precocemente nas situações que interferiam no desenvolvimento infantil.
4. Promover o desenvolvimento de uma relação segura entre os pais e a criança.


Aspetos a ter em consideração para o desenvolvimento de uma relação entre a criança e cuidadores:

- Utilizar o *empowerment*, como ferramenta de promoção da saúde, de forma a capacitar para escolhas e decisões que permitam uma saúde positiva e de bem-estar.
- Estabelecer uma relação em que os pais se sintam importantes, as suas opiniões são ouvidas e haja uma valorização das competências parentais, tal como defende *Casey e Mobbs* sobre a parceria de cuidados de enfermagem de pediatria centrada na família.
- Ajudar os pais a perceber, interpretar e atuar face aos sinais físicos, emocionais e relacionais da criança.
- Incentivar os pais a descobrir as competências da criança, das suas capacidades e características comunicativas e interativas individuais.
- Sugerir situações interativas interessantes e satisfatórias para a criança e pais.

Princípios para sensibilizar e favorecer uma boa interação entre pais e filhos:

1. Estabelecer uma relação de confiança com os pais, através da relação de ajuda.
2. Utilizar dois tipos de comunicação: personalizada (exemplos da própria experiência) e a interpretação empática (descrição da situação vivencial da criança e sua comparação com situações semelhantes de adultos).
3. Ajudar os pais a encararem a criança de forma positiva.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					3/6

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	MANUAL DE ENSINO
	PARENTALIDADE POSITIVA E ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

4. Confirmar as competências dos pais, encontrando aspetos positivos de interação.
5. Se necessário, sugerir formas de comunicação e interação com a criança perante situações que geram conflitos e reforçar a observação dos resultados.
6. Encorajar a partilha de experiência entre pais, criando grupos.

Tipos de vinculação

Existem quatro tipos de vinculação: segura, insegura-evitante, insegura-ambivalente, e insegura-desorganizada, nas últimas três, os comportamentos dos cuidadores não são responsivos às necessidades das crianças, podem ser inconstantes nas respostas às necessidades das crianças e no último tipo até corresponder a situações de negligência e abuso. Uma criança e cuidadores com comportamentos de vinculação segura são aqueles que envolvem-se na interação de forma positiva, a criança reage positivamente aos pais e acalma-se na sua presença e os pais respondem às suas necessidades de modo caloroso e afável, estão disponíveis física e emocionalmente e têm prazer na interação com as crianças (DGS, 2005).

Atividades promotoras do desenvolvimento infantil de acordo com a idade da criança

Sugerir as seguintes atividades e providenciar um de dois folhetos referentes às atividades promotoras do desenvolvimento de acordo com a idade da criança: dos zero aos 12 meses ou dos 18 meses aos 6 anos.

- **4 a 6 semanas de vida**

Movimentar objetos em frente ao bebé a uma distância de cerca de 20 cm; Produzir sons suaves (cantar, usar chocalhos, caixas de música). Dar colo, conversar com o bebé, tocar-lhe, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Para dormir, colocar o bebé em posição confortável e nunca de barriga para baixo. Realizar massagens. Estar com o bebé.

- **3 meses**

Interagir através da fala. Usar a mímica do rosto e imitar sons. Dançar com o bebé ao colo. Dar colo. Evitar que esteja deitado por longos períodos. Oferecer objetos para agarrar. Desenvolver ritual de apoio para dormir, sem deixar chorar em demasia.


- **6 meses**

Oferecer brinquedos de cores vivas. Conversar e incentivá-lo a produzir sons. Dar colo. Sentá-lo com apoio. Não entrar em conflito durante as refeições. Manter o ritual de sono.

- **9 meses**

Oferecer objetos e coloca-los em locais diferentes (em cima de cadeira) para incentivar a busca dos mesmos. Brincar ao esconde. Oferecer 2 objetos para a mão e um terceiro no chão (para que resolva o “problema”).

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					4/6

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	MANUAL DE ENSINO
	PARENTALIDADE POSITIVA E ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

Chamar os objetos pelo nome. Oferecer várias texturas para tocar. Brincar ao “CÚ-CÚ”. Imitar sons de animais e incentiva-lo a imitar. Realizar massagens.

- **12 meses**

Permitir que a criança desenvolva capacidades motoras. Permitir que a criança tome algumas decisões visando a segurança.

A segurança. No caso de birras, reagir com firmeza e calma. Manter os rituais de sono. Na hora da refeição não entrar em conflito. Estimular tarefas/ordens simples e elogiar após a concretização das mesmas.

Oferecer cubos para as mãos. Incentivar que seja a criança a pedir o que deseja. Educar com regras e limites.

- **18 meses**

Ensinar a criança a guardar os brinquedos para aprender a organizar-se. Pedir para olhar e repetir as partes do corpo de um boneco.

Ensinar a criança a rabiscar. Mostrar o que é ou não perigoso. Elogiar quando faz algo de bom ou bem.

Realizar atividades lúdicas com música (cantar, dançar). Impor regras e limites e não ceder a chantagens.

- **2 anos**

Realizar atividades lúdicas físicas, como pular, correr, pular num pé. Permitir expressar os seus pensamentos e desejos, mantendo limites. Motivar para controle de esfíncteres. Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo. Ajudar e estimular a criança a pronunciar palavras corretamente. Oferecer tintas para o desenho.

Dar a conhecer diferentes texturas e jogos. Pedir à criança ajuda em tarefas simples.

- **3 anos**

Ter paciência: esta é a idade dos “porquês”. Promover atividades lúdicas (andar de triciclo). Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez. Dar oportunidade e permitir que a criança fantaseie/imagine. Ajudar nos rituais de sono (medos associados à fantasia). Acompanhar nos programas televisivos. Não ridicularizar comportamentos da criança e ouvir a forma como encara a sua vida. Ajudar a criança a partilhar (por exemplo brinquedos). Impor regras e limites e não ceder a chantagens.


- **4 anos**

Oferecer legos e puzzles. Proporcionar o desenho da figura humana. Inventar brincadeira que envolvam as cores e canções. Permitir pequenos afazeres mesmo que simbólicos. Deixar a criança verbalizar as suas vontades e sentimentos, contudo impor regras e limites não cedendo a chantagens. Auxiliar a criança a distinguir ação de emoção. Mostrar sequências de atividades. Aceitar os avanços e recuos da criança.

- **5 aos 6 anos**

Selecionar os programas televisivos adequados, o tempo e o horário. Não ridicularizar medos/pesadelos e fobias, ajudar no sentimento de Impotência. Proporcionar atividades motoras (como andar de bicicleta, saltar e correr). Ensinar a recortar, colar, desenhar formas geométricas (triângulos, círculos) de vários tamanhos e pedir para formar figuras. Incentivar a fazer perguntas. Pedir para que explique o significado de palavras

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					5/6

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	MANUAL DE ENSINO
	PARENTALIDADE POSTIVA E ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

simples. Proporcionar a responsabilidade da criança em tarefas simples (ajudar em casa). Inculcar regras e impor limites. Promover jogos e promover a manifestação da sua personalidade.

5. Registos

Os registos são documentados no processo clínico da criança, na aplicação informática *sclínico*.



Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					6/6



Parentalidade Positiva e Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Dos 0 meses aos 12 meses

Serviço de Pediatria

CHMT
CENTRO HOSPITALAR NÍPOLO TROIA, L.D.L.

FLY.000.000.00 / mês-ano

A formação do vínculo afetivo entre os pais e o bebé é a primeira base do desenvolvimento psíquico do bebé!

(Direção-Geral da Saúde (2005))



A parentalidade positiva é fundamental nos primeiros três anos de vida da criança, para a sua autoestima, autoconfiança e desenvolvimento.

(American Academy of Pediatrics, citada por Lopes, Catarino e Dixe, 2010)

Unidade de Abrantes
Largo Eng.º Bivocas, 2200-202 Abrantes


Unidade de Tomar
Av. Maria de Lourdes de Meilo e Castro - Apartado 118
2304-909 Tomar

Unidade de Torres Novas
Av. Yamana Guzmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 610 100 | Fax: 249 610 106

www.chmt.min-saude.pt
geral@chmt.min-saude.pt

As atividades promotoras do desenvolvimento potenciam e promovem as competências psico-motoras e afetivas da criança.

(Direção-Geral da Saúde, 2013)



O sono é uma atividade diária promotora do desenvolvimento muito importante para criança, se não for adequado tem efeitos negativos no seu bem estar físico e emocional.

(Silva et al., 2013)



Frente do folheto:

“Parentalidade positiva e atividades promotoras do desenvolvimento dos 0 aos 12 meses”



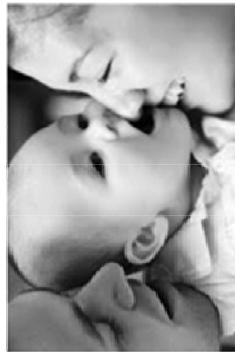
4 a 6 semanas de vida

- Movimentar objetos em frente ao bebê a uma distância de cerca de 20 cm;
- Produzir sons suaves (cantar, usar chocalhos, caixas de música);
- Dar colo, conversar com o bebê;
- tocar-lhe, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento;
- Para dormir, colocar o bebê em posição confortável e nunca de barriga para baixo por longos períodos (valide com a sua equipa de saúde);
- Realizar massagens;
- Estar com o bebê.



3 meses

- Interagir através da fala; usar a mímica do rosto e imitar sons
- Dançar com o bebê ao colo;
- Dar colo;
- Quando acordado(a) evitar que esteja deitado por longos períodos;
- Oferecer objetos para agarrar;
- Desenvolver ritual de apoio para dormir, sem deixar chorar em demasia.



6 meses

- Oferecer brinquedos de cores vivas;
- Conversar e incentivá-lo a produzir sons;
- Dar colo;
- Sentá-lo com apoio;
- Não entrar em conflito durante as refeições;
- Manter o ritual de sono.

9 meses

- Oferecer objetos e coloca-los em locais diferentes (em cima de cadeira) para incentivar a busca dos mesmos;
- Brincar ao esconde e ao CÚ-CÚ;
- Oferecer 2 objetos para a mão e um terceiro no chão (para que resolva o "problema");
- Chamar os objetos pelo nome;
- Oferecer várias texturas para tocar;
- Imitar sons de animais e incentiva-lo a imitar;
- Realizar massagens.



12 meses

- Permitir que a criança desenvolva capacidades físicas (correr, saltar);
- Permitir que a criança tome algumas decisões dando-lhe noções de perigo;
- Educar com regras e limites, não ter medo de dizer "não", no caso de birras, reagir com firmeza e calma;
- Manter os rituais de sono;
- Na hora da refeição não entrar em conflito;
- Estimular tarefas/ordens simples e elogiar após concluí-las;
- Oferecer cubos para as mãos;
- Incentivar que seja a criança a pedir o que deseja;

FLY.DXX.000.00 / mês.ano

Verso do folheto:

“Parentalidade positiva e atividades promotoras do desenvolvimento dos 0 aos 12 meses”

O sono

É uma atividade diária promotora do desenvolvimento muito importante para criança, se não for adequado tem efeitos negativos no seu bem estar físico e emocional.
(Silva et al. 2013)



18 meses

- ◆ Ensinar a criança a guardar os brinquedos para aprender a organizar-se;
- ◆ Pedir para olhar e repetir as partes do corpo de um boneco;
- ◆ Ensinar a criança a rabiscar;
- ◆ Mostrar o que é ou não perigoso;
- ◆ Elogiar quando faz algo de bom ou bem;
- ◆ Realizar atividades lúdicas com música (cantar, dançar);
- ◆ Impor regras e limites e não ceder a chantagens.
- ◆ Valorizar hábitos de sono.



A parentalidade positiva é fundamental nos primeiros três anos de vida da criança, para a sua autoestima, autoconfiança e desenvolvimento.
(American Academy of Pediatrics, citada por Lopes, Catarino e Dixe, 2010)

As atividades promotoras do desenvolvimento potenciam e promovem as competências psico-motoras e afetivas da criança.
(Direção-Geral da Saúde, 2013)

Unidade de Abrantes
Largo Eng.º Boubas, 2200-202 Abrantes
Unidade de Tomar
Av. Maria de Lourdes de Melo e Castro - Apartado 118
2304-909 Tomar

Unidade de Torres Novas
Av. Xanana Guzmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106
www.chmt.min-saude.pt
geral@chmt.min-saude.pt



Parentalidade Positiva e Atividades Promotoras do Desenvolvimento

Dos 18 meses aos 6 anos

Serviço de Pediatria



CHMT
Centro Hospitalar Médio Tejo - IRL



PT05/01376
RLT.000.000.00 / mês 2no

Frente do folheto:

“Parentalidade positiva e atividades promotoras do desenvolvimento dos 18 meses aos 6 anos”

2 anos

- ♦ Realizar atividades lúdicas físicas, como pular, correr, pular num pé;
- ♦ Permitir expressar os seus pensamentos e desejos, mantendo limites;
- ♦ Motivar para controle de esfínteres;
- ♦ Estimular a arrumação;
- ♦ Ajudar e estimular a criança a pronunciar palavras corretamente;
- ♦ Oferecer tintas para o desenho;
- ♦ Dar a conhecer diferentes texturas e jogos;
- ♦ Pedir à criança ajuda em tarefas simples, permitindo que imite;
- ♦ Valorizar hábitos de sono.



3 anos

- ♦ Ter paciência: esta é a idade dos "porquês";
- ♦ Promover atividades lúdicas, como andar de triciclo;
- ♦ Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez;
- ♦ Dar oportunidade e permitir que a criança fantaseie/imagine;

3 anos (continuação)

- ♦ Ajudar nos rituais de sono (medos, associados à fantasia);
- ♦ Impor regras e limites e não ceder a chantagens.
- ♦ Acompanhar nos programas televisivos;
- ♦ Não ridicularizar comportamentos da criança e ouvir a forma como encara a sua vida;
- ♦ Ajudar a criança a partilhar (por exemplo brinquedos);
- ♦ Valorizar hábitos de sono.

4 anos

- ♦ Oferecer legos e puzzles;
- ♦ Proporcionar o desenho da figura humana;
- ♦ Inventar brincadeira que envolvam as cores e canções;
- ♦ Permitir pequenos afazeres mesmo que simbólicos;
- ♦ Deixar a criança verbalizar as suas vontades e sentimentos, contudo impor regras e limites não cedendo a chantagens;
- ♦ Auxiliar a criança a distinguir ação de emoção;
- ♦ Mostrar sequências de atividades;
- ♦ Aceitar os avanços e recuos da criança;
- ♦ Valorizar hábitos de sono.



5 aos 6 anos

- ♦ Selecionar os programas televisivos adequados, o tempo e o horário;
- ♦ Não ridicularizar medos/pesadelos ajudados no sentimento de frustração;
- ♦ Proporcionar atividades físicas (como andar de bicicleta, saltar e correr).



- ♦ Ensinar a recortar, colar, desenhar formas geométricas (triângulos, círculos) de vários tamanhos e pedir para formar figuras;
- ♦ Incentivar a fazer perguntas;
- ♦ Pedir para que explique o significado de palavras simples;
- ♦ Proporcionar a responsabilidade da criança em tarefas simples (ajudar em casa);
- ♦ Incutir regras e impor limites;
- ♦ Promover jogos e promover a manifestação da sua personalidade;
- ♦ Valorizar hábitos de sono.



FLT.000.000.000 / mês.ano

Verso do folheto:

“Parentalidade positiva e atividades promotoras do desenvolvimento dos 18 meses aos 6 anos”

Apêndice S - Proposta de parametrização elaborada para o serviço de Pediatria

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	PARENTALIDADE

FOCO:

Papel parental
 Parentalidade


JUÍZO:

Adequada
 Não adequada
 Demonstrado
 Não demonstrado

DIAGNÓSTICO:

- 1 - Conhecimentos sobre comportamento de parentalidade
 Adequado
 Não adequado
- 2 - Conhecimento sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil
 Demonstrado
 Não demonstrado
- 3 - Conhecimentos dos pais sobre: alimentação
 Demonstrados
 Não demonstrados
- 4 - Conhecimentos dos pais sobre: higiene pessoal
 Demonstrado
 Não demonstrado
- 5 - Conhecimentos dos pais sobre: eliminação
 Demonstrado
 Não demonstrado
- 6 - Conhecimentos dos pais sobre: atividade lúdica
 Demonstrado
 Não demonstrado
- 7 - Conhecimentos dos pais sobre: vigilância de saúde
 Demonstrado
 Não demonstrado

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					1/5

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	PARENTALIDADE

8 - Conhecimentos dos pais sobre: situações de risco

Demonstrado

Não demonstrado

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1 - Conhecimento sobre comportamento de parentalidade

Encorajar pelo *empowerment* pais, a adotar comportamentos inerentes à parentalidade

Observar comportamento parental

Observar presença de apego

Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão

Incentivar para a parentalidade positiva

Incentivar papel parental positivo durante a hospitalização

Ensinar sobre parentalidade responsável e positiva culturalmente congruente

Ensinar pais sobre competências da criança

Ensinar pais sobre hábitos da criança

Orientar para grupos de suporte

Orientar antecipadamente para serviços de saúde

Promover a expressão de sentimentos

Facilitar aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental materno

Facilitar aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental paterno

Facilitar aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel cuidador principal

Vigiar comportamento da criança

Vigiar comportamento parental

Validar papel parental

Instruir sobre comportamento parental

Treinar sobre comportamento parental

Requerer apoio de outros profissionais

Planear a alta


2 - Conhecimento sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil

Encorajar a adoção de parentalidade positiva

Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão

Ensinar sobre desenvolvimento infantil

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					2/5

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	PARENTALIDADE

- Ensinar sobre comportamentos de vinculação
- Ensinar sobre interação social: socialização da criança
- Ensinar pais sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil
- Ensinar prestador de cuidados sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil
- Providenciar folheto sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil
- Requerer apoio de outros profissionais
- Planear a alta


3 - Conhecimentos dos pais sobre: alimentação

- Ensinar pais sobre alimentação saudável
- Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
- Ensinar prestador de cuidados sobre alimentação saudável
- Incentivar para adoção de hábitos alimentares saudáveis
- Ensinar sobre estratégias para a criança alimentar-se
- Providenciar folheto sobre alimentação saudável
- Informar sobre leite artificial
- Ensinar sobre esterilização da água, biberão, preparação do leite artificial e técnica de aleitamento artificial
- Instruir pais/cuidadores sobre preparação do biberão
- Incentivar a ingestão hídrica
- Incentivar a ingestão de alimentos conforme a roda dos alimentos
- Instruir sobre a dieta
- Negociar plano alimentar
- Treinar os pais a alimentar a criança
- Vigiar refeição
- Requerer apoio de outros profissionais
- Planear a alta

4 - Conhecimentos dos pais sobre: higiene pessoal

- Ensinar pais sobre cuidados de higiene pessoal
- Ensinar prestador de cuidados sobre cuidados de higiene pessoal
- Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
- Incentivar a adoção de hábitos de higiene adequados
- Instruir sobre higiene da criança
- Treinar os pais na higiene da criança

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					3/5

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	PARENTALIDADE

Planear a alta

5 - Conhecimentos dos pais sobre: eliminação

- Ensinar pais sobre hábitos de eliminação
- Ensinar prestador de cuidados sobre de eliminação
- Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
- Ensinar pais sobre características de eliminação da criança
- Incentivar a ingestão hídrica
- Planear a alta

6 - Conhecimentos dos pais sobre: atividade lúdica

- Ensinar pais sobre atividades lúdicas e sua importância para a criança
- Ensinar prestador de cuidados sobre lúdicas e sua importância para a criança
- Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
- Incentivar à realização de atividades lúdicas com a criança
- Negociar a adoção de atividades lúdicas
- Providenciar material lúdico
- Providenciar folheto sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil
- Planear a alta


7 - Conhecimentos dos pais sobre: vigilância de saúde

- Ensinar pais sobre serviços de saúde
- Ensinar prestador de cuidados sobre serviços de saúde
- Ensinar pais sobre a importância da vigilância de saúde
- Ensinar prestador de cuidados sobre importância de vigilância de saúde
- Orientar para vigilância de saúde
- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento infantil
- Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
- Planear a alta

8 - Conhecimentos dos pais sobre: situações de risco

- Facilitar a iniciativa de adesão para comportamentos protetores
- Encorajar pais pelo *empowerment*, a adotar comportamentos protetores

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					4/5

 CHMT <small>CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</small>	PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO SCLÍNICO
	PARENTALIDADE

- Ensinar pais sobre transporte da criança na viatura em segurança
- Ensinar pais sobre perigos de acordo com a faixa etária
- Ensinar pais sobre transporte da criança na viatura em segurança
- Ensinar prestador de cuidados sobre perigos de acordo com a faixa etária
- Alertar para comportamentos parentais de risco para a criança
- Alertar sobre situações de risco para a criança/jovem
- Encorajar a adotar comportamentos adequados
- Providenciar folheto sobre prevenção de acidentes
- Requerer apoio de outros profissionais
- Planear a alta

AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

- Avaliar disponibilidade para a parentalidade positiva
- Avaliar comportamento de adesão/adaptação dos pais
- Avaliar comportamento de adesão da criança
- Supervisar comportamento parental
- Supervisar comportamento de adaptação da criança
- Supervisar comportamento do prestador de cuidados
- Apoiar o prestador de cuidados a desempenhar o papel parental
- Apoiar pais a desempenhar o papel parental
- Elogiar a adoção de parentalidade positiva
- Elogiar a tomada de decisão
- Elogiar comportamento de adaptação da criança

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (1999). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)**. Associação Portuguesa de Enfermeiros: Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE**. Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Conselho Internacional de Enfermeiros: Edição Portuguesa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **CIPE 2**. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
—:—:—:—:—					5/5

ANEXOS

Anexo I – Escala de caracterização de estudos segundo o nível de evidência

Escala de caracterização de estudos segundo o nível de evidência

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA SEGUNDO <i>Stillwell & Fineout-Overholt & Melnyk & Williamson (2010)</i>		
NÍVEL 1	Revisão sistemática da literatura e meta-análises	Evidências provenientes de estudos randomizados por ensaios controlados ou diretrizes clínicas de ensaios clínicos randomizados controlados.
NÍVEL 2	Ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado	Experiência na qual os sujeitos pertencem a um ensaio clínico com grupo de tratamento ou grupo de controle.
NÍVEL 3	Ensaio clínico bem delimitado sem randomização	Uma experiência em que os sujeitos não são sujeitos a estudo randomizado ou a qualquer tratamento de grupo ou grupo de controle.
NÍVEL 4	Estudos de coorte e de caso – controle bem delimitado	Estudos de coorte (uma observação de grupos de coorte para determinar o desenvolvimento de <i>outcomes</i> , como por exemplo de uma doença) Estudo de caso de controle (comparação de sujeitos com uma determinada condição (caso) com aqueles que não têm determinada condição (controle) para determinar as características que predizem essa determinada condição.
NÍVEL 5	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos	Estudos de revisão sistemática da literatura para responderem a uma pergunta clínica de investigação.
NÍVEL 6	Um único estudo descritivo e qualitativo	Um estudo qualitativo: para entender o comportamento humano sobre o “porquê” e “como” as decisões são tomadas. Estudo descritivo sobre um tópico de interesse/informação (“o quê”, “onde”, “quando”).
NÍVEL 7	Opinião ou consensos	Opiniões de autoridades e relatórios de comitês de especialistas.

Fonte: Stillwell, S. B. & Fineout-Overholt, E. & Melnyk & Williamson, K. M. (2010). *Searching for the evidence Strategies to help you conduct a successful search*. AJN. 110 (5). pp. 41-45

Anexo II – Declaração da enfermeira chefe sobre apresentação de um estudo de caso pela
mestranda

DECLARAÇÃO

Declara-se que Marisa Alexandra Calado de Campos Serra, aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, portadora do Cartão de Cidadão nº 11654837, participou enquanto formanda na Ação de Sensibilização "Processo de Acreditação no Contexto Clínico Pediátrico", no dia 29 de Abril de 2015 com a duração de 2 horas.

Torres Novas, 01 de Julho de 2015



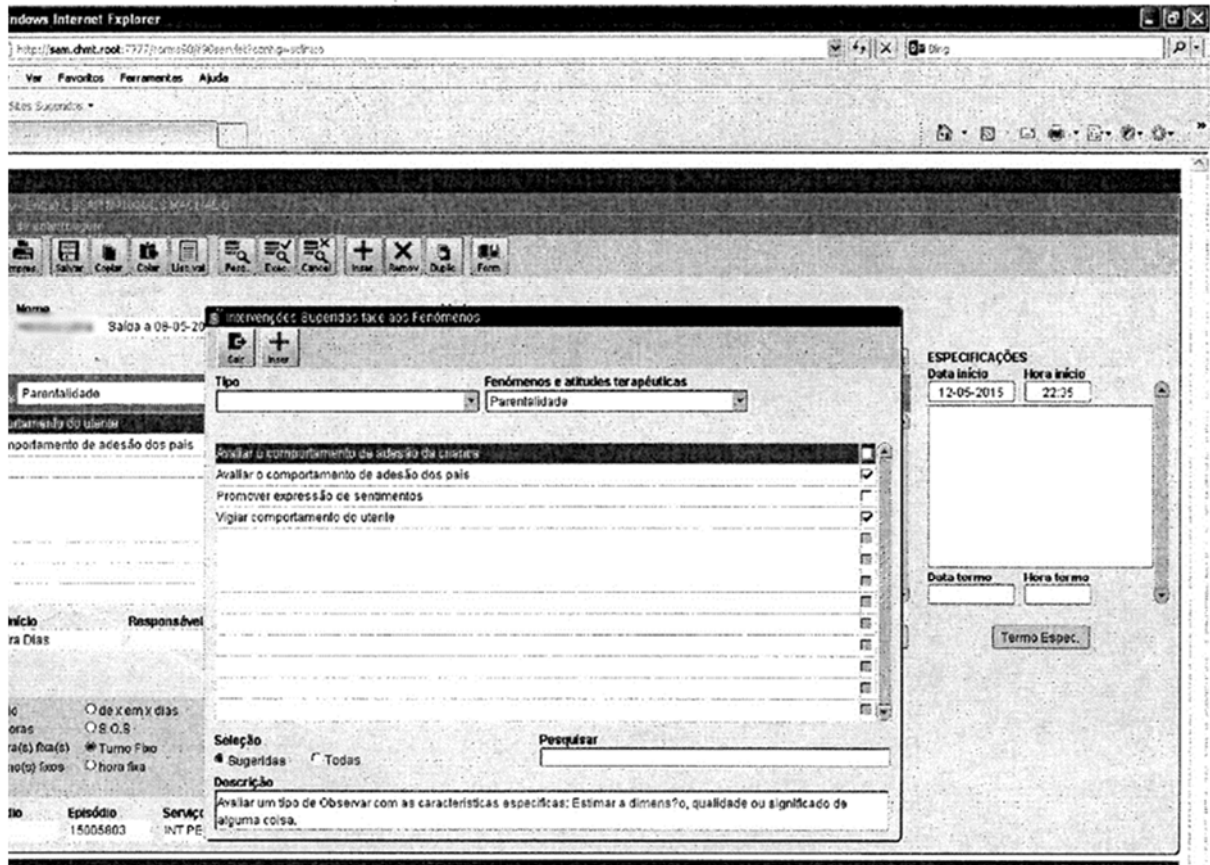
Coordenadora do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança

Maria Clara Moreira Duarte Baptista

Anexo III – *Print screen* de intervenções de enfermagem sobre o foco parentalidade do serviço de
Pediatría

Print Scrin das intervenções parametrizadas no programa informático *Scínico* do serviço de internamento de Pediatria

(realizado a 12 de maio de 2015)



Anexo IV – Questionário de avaliação de satisfação de sessão

AValiação da sessão de educação para a saúde:

TEMA:

Data:

Duração:

Local:

Nome: _____ (facultativo)

1) Clareza do assunto abordado

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

2) Relevância da informação disponibilizada aos participantes

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

3) Adequação do tempo de sessão

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4) Desempenho do orador

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4.1) Disponibilidade

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4.2) Interação com o grupo

Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

Observações:

Obrigada pela sua atenção